Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Organisatie netwerkzorg thuiswonende mensen met dementie veelbelovend, onderdelen zorg nog risicovol

Utrecht, juli 2013

Inhoud

Voorwoord — 5

Samenvatting — 7

1 Inleiding — 9
1.1 Aanleiding en belang — 9
1.2 Onderzoeksvragen — 10
1.3 Onderzoeksmethode — 10
1.4 Toetsingskader — 10

2 Conclusies — 13
2.1 Netwerkzorg dementie gestructureerd maar nog onvoldoende geborgd — 13
2.2 Vroegsignalering onderdeel zorg, nog onvoldoende aandacht voor zorgmijders — 13
2.3 Casemanagement aanwezig, maar verdere ontwikkeling nodig — 13
2.4 Zorgplannen nog onvoldoende ontwikkeld, geen actueel medicatieoverzicht in zorgplannen — 13
2.5 Aandacht voor draaglast en -kracht van mantelzorgers van groot belang — 14

3 Handhaving — 15
3.1 Maatregelen voor de netwerken — 15
3.2 Aanbevelingen — 15
3.2.1 Aanbeveling voor het Landelijk Netwerk Dementie — 15
3.2.2 Aanbeveling voor de zorgorganisaties betrokken bij Zorgstandaard Dementie — 15
3.2.3 Aanbevelingen voor zorgverzekeraars en gemeenten — 15
3.2.4 Aanbevelingen voor VWS — 16
3.3 Vervolgacties inspectie — 16

4 Resultaten — 17
4.1 Samenwerking in netwerken vertoonde hiaten — 17
4.1.1 Meeste netwerken opgestart tussen 2008-2010 — 17
4.1.2 Meeste netwerken in experimentele of uitbouwfase — 18
4.1.3 Meeste netwerken betrokken alle kernpartners — 19
4.1.4 Netwerken boden meerderheid diensten aan — 20
4.1.5 Huisarts verwijst snel door naar tweedelijn voor diagnostiek — 21
4.1.6 Veel netwerken leidden casemanager op, overige scholing vaak niet systematisch voor alle deelnemers aan het netwerk — 21
4.1.7 Meerderheid netwerken evalueerde zorg — 22
4.2 86% van de netwerken deed aan vroegsignalering — 23
4.3 Startmoment casemanagement vaak na diagnose, casemanagers onafhankelijk — 25
4.3.1 Casemanagers zetten altijd onafhankelijk zorg in — 26
4.3.2 Verschillende vormen functie casemanager bezochte netwerken — 27
4.3.3 Casemanagers bezochte netwerken niet ingebed in multidisciplinaire teams — 27
4.4 Netwerken hadden nauwelijks geïntegreerd zorgplan, medicatiebeleid vaak niet onderling afgestemd — 27
4.4.1 Meerdere dossiers per patiënt en zorgplan casemanager niet voor alle betrokkenen in te zien — 28
4.4.2 In de helft van de netwerken geen actueel overzicht medicatie — 28
4.5 Meerderheid netwerken onderzocht draaglast en -kracht mantelzorgers; mantelzorgers zeer tevreden over het casemanagement — 29

5 Beschouwing — 31

6 Summary — 33

Bijlage 1 Landelijke dekking netwerken dementie — 35
Bijlage 2 Toetsingskader — 36
Bijlage 3 Bezochte netwerken — 40
Bijlage 4 Gesprekspartners tijdens de bezoeken — 41
Bijlage 5 Afkortingen en begrippen — 42
Bijlage 6 Literatuurverwijzingen rapport en bijlagen — 45

Voorwoord

Dementie is een progressieve ziekte die naast de patiënten ook de mantelzorgers en de samenleving raakt. Mensen met dementie ondervinden ernstige problemen met het voeren van de regie over hun leven. Hierdoor zijn zij kwetsbaar. De komende jaren vindt een sterke stijging plaats van het aantal mensen met dementie. Het is van belang dat deze mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen met steun van hun mantelzorgers. Om dit mogelijk te maken is intensieve (regionale) samenwerking nodig tussen meerdere partijen op het gebied van welzijn, wonen en zorg.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg deed onderzoek naar netwerken die zorg bieden aan thuiswonende mensen met dementie. Bij de ontwikkeling van deze netwerken in de afgelopen jaren hebben zorgverleners en zorginstellingen zoals huisartsen, thuiszorg, GGZ, intramurale ouderenzorg, ziekenhuizen, maatschappelijke ondersteuning en vrijwilligersorganisaties (financiële) steun gehad van VWS, verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Uit ons onderzoek blijkt dat vooral de 'wil om samen te werken', naast de (financiële) steun, een belangrijk element is bij de vorming en instandhouding van netwerken.

Ik ben blij te constateren dat de wil bij veel betrokkenen ruimschoots aanwezig is. Er bestaan goede voorbeelden van netwerken rondom mensen met dementie. Zij zijn regionaal op verschillende manieren ingericht. De netwerken leveren medische zorg en ondersteuning in bredere zin voor de patiënt en mantelzorger(s) in de thuissituatie.

Het huidige kabinet wil een omslag maken van systemen naar mensen. Met een persoonsgerichte aanpak vervagen de scheidslijnen tussen langdurige zorg en ondersteuning. De behoefte van de patiënt staat centraal, waarbij ook gekeken wordt naar wat mensen zélf kunnen. Het kabinet stimuleert de lokale en regionale samenwerking tussen zorgverleners, verzekeraars en gemeenten. Dit is een belangrijke voorwaarde om de netwerken rondom dementie verder te ontwikkelen.

Uit dit onderzoek blijkt dat verbeteringen mogelijk zijn op het gebied van de netwerkzorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. De onzekerheid over de financiering beïnvloedt de potentiële effectiviteit van de netwerken.

Desondanks liggen hier kansen. Ik roep alle betrokkenen dan ook op om met elkaar na te gaan hoe zij deze kwetsbare mensen in de verschillende stadia van hun ziekte nog beter kunnen ondersteunen. Ook al zijn niet altijd de optimale condities aanwezig: waar een wil is, is een weg!

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De regionale samenwerking in netwerken voor zorg aan thuiswonende mensen met dementie is veelbelovend georganiseerd. Maar er zijn nog knelpunten die risico's opleveren voor patiënt en mantelzorger. De Inspectie voor de Gezondheidszorg maakt zich zorgen over verwaarlozing van mensen met dementie zonder sociaal netwerk, overbelasting van mantelzorgers, zorgplanning, medicatieveiligheid en de continuïteit van de netwerken.

Het aantal mensen met dementie verdubbelt de komende jaren van 250.000 mensen tot ruim een half miljoen in 2050. Tijdens het verloop van hun ziekte hebben mensen met dementie en hun mantelzorgers steeds meer hulp nodig. Om deze mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen is samenwerking nodig tussen wonen, welzijn en zorg.

De inspectie onderzocht aan de hand van haar toetsingskader de kwaliteit van de zorg in de netwerken voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. Uit het onderzoek blijkt dat de 85 netwerken zorg en ondersteuning verschillend organiseren. De inspectie vindt betere afspraken nodig tussen de partners in de netwerken over in ieder geval de onderstaande aandachtspunten. Gemeenten en verzekeraars spelen hierbij een belangrijke rol.

De belangrijkste aandachtspunten van de inspectie zijn:
- *Netwerken gestructureerd maar nog onvoldoende robuust*
  De inspectie vindt het positief dat de netwerken zich goed ontwikkelen. Zij vindt het echter zorgelijk dat er onzekerheid bestaat of de netwerken kunnen blijven bestaan. Dit komt door onduidelijke financiën en regelgeving, en onvoldoende aansturing. Een ander belangrijk ontwikkelpunt is deskundigheidsbevordering.
- *Vroegsignalering zorgmijders nog onvoldoende*
  De inspectie vindt het ongewenst dat mensen met dementie zonder sociaal netwerk onvoldoende in beeld zijn bij de netwerken.
- *Casemanagement aanwezig, maar verdere ontwikkeling nodig*
  De inspectie vindt het ongewenst dat tijdens het dementieproces soms meerdere hulpverleners de rol van casemanager vervullen en daardoor onduidelijkheid bestaat over wie, wanneer, op welke wijze deze rol vervult.
- *Zorgplannen nog onvoldoende ontwikkeld, geen actueel medicatieoverzicht in zorgplannen*
  De inspectie vindt het ongewenst dat de informatie uit de zorgplannen niet bij iedere zorgverlener bekend is. Vooral het onvoldoende actueel houden van het medicatieoverzicht levert risico's op voor de patiënt.

De inspectie vindt het noodzakelijk dat de netwerken voldoen aan de normen uit het toetsingskader en dat de netwerken de genoemde onderwerpen verbeteren.

Verder moeten de netwerken aandacht besteden aan de draagkracht en -last van mantelzorgers. Hun betrokkenheid bij de netwerken kan worden vergroot. Hiermee voorkomen de netwerken dat zij overbelast raken en mensen in een crisissituatie raken.

De inspectie vraagt de netwerken om ten minste elke twee jaar onafhankelijk hun kwaliteit te laten toetsen op basis van het toetsingskader.

In de tweede helft van 2014 toetst de inspectie of de netwerken de gevraagde audits hebben uitgevoerd en gaat na tot welke verbeteringen dit heeft geleid. Indien nodig zal de inspectie maatregelen treffen wanneer de verbeteringen onvoldoende zijn.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Het aantal mensen met dementie neemt fors toe. In Nederland hebben circa 250.000 mensen dementie. Ruim 60.000 van hen wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Dit betekent dat circa 190.000 mensen met dementie thuis wonen. Deze mensen lopen kans op ernstig lijden door verwarring en verlies van zelfstandigheid. In Nederland is bij ruim 100.000 van deze 250.000 mensen nog geen diagnose gesteld. Vroegtijdige diagnostiek is belangrijk om de patiënt en zijn mantelzorger adequaat te ondersteunen. De komende jaren zal het aantal mensen met dementie verdubbelen. Rond 2050 verwacht men een piek van ruim 565.000 mensen met dementie[1].

Dementie is van invloed op alle levensgebieden. Thuiswonende mensen met dementie hebben daarom behoefte aan samenhangende zorg op het gebied van welzijn, wonen en zorg. Met goed op elkaar afgestemde dementiezorg kunnen risico's voor de patiënt en de mantelzorg verminderen.
De eerste verantwoordelijkheid voor goede dementiezorg ligt bij de patiënt en zijn naasten. Voor mantelzorgers kan het verlenen van zorg een zware last worden[2-3-4]. Netwerken voor dementiezorg bieden steun aan mantelzorgers met onder andere voorlichting en informatie, casemanagement en respijtzorg. Hiermee verlichten zij de zorgtaken aanzienlijk en kan overbelasting worden voorkomen.
In het begin van het dementieproces kan de patiënt met ondersteuning van mantelzorg nog vrijwel zelfstandig functioneren. Een netwerk voor dementiezorg stimuleert zo veel mogelijk de eigen regie. Naarmate de ziekte vordert heeft de patiënt meer zorg en ondersteuning nodig. Casemanagement is belangrijk voor een adequate afstemming van activiteiten.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stimuleert al een aantal jaren de ontwikkeling van geïntegreerde dementiezorg. Het doel van geïntegreerde dementiezorg is dat thuiswonende ouderen met dementie zo lang en gezond mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen verblijven met een aanvaardbare kwaliteit van leven.

Van 2004 tot 2008 is het Landelijk Dementie Programma uitgevoerd. Vanaf 2008 hadden zorgkantoren de mogelijkheid om de prestatie ketenzorg dementie te contracteren[5]. De verschillende initiatieven hebben vorm gekregen in regionale netwerken die geïntegreerde dementiezorg bieden. Inmiddels is er een nagenoeg landelijke dekking van deze netwerken[6]. Op enkele plekken na zijn in alle regio's afspraken gemaakt over de ondersteuning en zorg voor mensen met dementie (zie bijlage 1). Het Landelijk Netwerk Dementie, gecoördineerd door Vilans, ondersteunt de netwerken. Op het moment dat het onderzoek plaatsvond, waren 85 netwerken operationeel.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) noemt in haar Meerjaren beleidsplan 2012-2015[7] het verbeteren van zorg aan kwetsbare groepen één van haar aandachtsgebieden.

Na bijna 10 jaar is een bijna landelijke dekking van netwerken voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers. Maar het is niet bekend in welke mate de netwerken verantwoorde zorg leveren. Dit is voor de inspectie de aanleiding om de zorg te toetsen. De inspectie kan door het bevorderen van naleving van wet- en

regelgeving, standaarden en richtlijnen een bijdrage leveren aan veilige, kwalitatief goede geïntegreerde dementiezorg en de lopende ontwikkelingen 'aanjagen'.

1.2 Onderzoeksvragen

De hoofdvraag van het onderzoek is:
In hoeverre leveren de netwerken verantwoorde zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers?

De hoofdvraag is uitgesplitst in de volgende deelvragen:
In hoeverre voldoen de netwerken aan normen op het gebied van:

a Organisatie[a].
b Vroegsignalering.
c Casemanagement.
d zorgplannen.

1.3 Onderzoeksmethode

In september en oktober 2012 onderzocht de inspectie aan de hand van een digitale vragenlijst alle 85 netwerken voor dementiezorg. Vilans stelde daarvoor de contactgegevens van deze netwerken beschikbaar. In dezelfde periode bezocht de inspectie 12 netwerken. De bezoeken waren een verdieping van de inzichten uit de digitale vragenlijsten. De bezochte netwerken zijn verspreid over heel Nederland. Vilans adviseerde over de selectie van de te bezoeken netwerken en maakte daarbij gebruik van de gegevens uit haar benchmark in 2012. Bij de selectie lette de inspectie op diversiteit van organisatievormen en ontwikkelingsstadia waarin de netwerken zich bevinden. Bijlage 3 geeft de namen van de bezochte netwerken weer.

Tijdens de bezoeken voerde de inspectie gesprekken met vertegenwoordigers van netwerkpartners en mantelzorgers. Een overzicht van de gesprekspartners staat in bijlage 4. Om de zorg te beoordelen heeft de inspectie ook verschillende beleidstukken, zorgplannen en zorgdossiers ingezien. Per netwerk heeft zij een verslag gemaakt en naar de betrokken ketencoördinator of -regisseur toegestuurd ter verificatie.

1.4 Toetsingskader

De inspectie baseert de normen uit haar toetsingskader (bijlage 2) op onder andere de volgende wetten: de Wet publieke gezondheid (WPG), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

De belangrijkste veldnormen die de inspectie voor het opstellen van haar toetsingskader gebruikte, zijn: de Leidraad Ketenzorg Dementie[8]; de NHG-Standaard Dementie M2[9]; de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraak Dementie[10]; de Handreiking Bemoeizorg[11]; het Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en zorg thuis[12].

Mensen met dementie en hun mantelzorgers zijn een kwetsbare groep. Op basis van eerder onderzoek naar 'Gezinnen met geringe sociale redzaamheid' en 'Stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek' heeft de inspectie algemene voorwaarden voor verantwoorde zorg voor kwetsbare groepen benoemd[13]:

– Er moet in een zo vroeg mogelijk stadium actief zorg en ondersteuning geboden worden.

a Randvoorwaarden voor verantwoorde zorg.

- Zorg en ondersteuning zijn langdurig nodig, maar wisselend in aard en intensiteit.
- Verantwoorde zorg is alleen mogelijk als alle betrokken instellingen samenwerken.

Deze voorwaarden gelden algemeen voor de zorg voor kwetsbare groepen die buiten instellingen verblijven. Afhankelijk van de doelgroep en de context waarin deze zorg plaatsvindt, kunnen deze voorwaarden per doelgroep specifieker worden ingevuld.

Ook maakt de inspectie gebruik van informatie en kennis uit het veld. Daarvoor voerde de inspectie in 2012 verkennende gesprekken met vertegenwoordigers van de Coöperatie VGZ, Menzis, Alzheimer Nederland, Vilans en zorgaanbieder Geriant.

Voor de beoordeling van de netwerken heeft de inspectie gekeken naar de aan- of afwezigheid van de in het toetsingskader beschreven normen.

2 Conclusies

2.1 Netwerkzorg dementie gestructureerd maar nog onvoldoende geborgd

Op basis van haar onderzoek concludeert de inspectie dat de netwerken actief werken aan verantwoorde dementiezorg. Zij hebben een degelijke basis gelegd voor verdere ontwikkeling. De netwerken bevinden zich voornamelijk in de experimentele of uitbouwfase. Het dienstenaanbod is groot. Veel netwerken evalueren hun functioneren regelmatig. De inspectie waardeert de wil om beter samen te werken en flexibel in te spelen op lokale en regionale situaties. Maar de netwerken functioneren nog niet volgens de normen uit het toetsingskader. Dit levert risico's op voor de patiënt.

Uit de bezoeken blijkt dat door de continu veranderende omgeving, met name over de onduidelijkheid over financiën en regelgeving, consolidering van de netwerken moeilijk te bereiken is. De inspectie acht dit onwenselijk.

Andere oorzaken die borging in de weg staan:
- Intentieverklaringen, convenanten en onderlinge afspraken liggen ten grondslag aan de samenwerking binnen de netwerken. De juridische verankering van de netwerken is hierdoor vaak zwak.
- De samenwerking tussen de betrokken organisaties op het gebied van zorg en welzijn blijkt lastig. De inspectie concludeert dat de afstemming tussen het zorg- en welzijnsaanbod verbeterd kan worden.

2.2 Vroegsignalering onderdeel zorg, nog onvoldoende aandacht voor zorgmijders

De meeste netwerken hebben aandacht voor vroegsignalering en reageren adequaat op signalen van beginnende dementie (reactief). Maar actieve signalering (proactief) van mensen met dementie kunnen zij nog verbeteren. De meeste netwerken weten hoe groot de populatie van mensen met dementie in hun regio is op basis van landelijke cijfers en prognoses[14]. Toch heeft ruim 60% van de netwerken de zorgmijders niet in beeld. Hierdoor bestaat de kans dat deze risicogroep onopgemerkt blijft en onvoldoende zorg ontvangt. Dit is met name risicovol voor ouderen zonder sociaal netwerk.

2.3 Casemanagement aanwezig, maar verdere ontwikkeling nodig

Vrijwel alle netwerken bieden casemanagement aan. De inspectie constateert een grote diversiteit bij de invulling van de functie van casemanager. In sommige netwerken is de overlap van taken van casemanagers en andere functionarissen een knelpunt. Als casemanagers naast het casemanagement ook nog een andere functie vervullen, zoals praktijkondersteuner huisartsen (POH'er) of wijkverpleegkundige, kan dat leiden tot een moeilijk te combineren takenpakket. Verder is vaak onvoldoende duidelijk op welk moment in het dementieproces en op welke wijze het netwerk casemanagement moet inzetten. Daarnaast acht de inspectie het ongewenst dat niet alle netwerken de casemanager in een multidisciplinair team inbedden. Dit is wel nodig om de afstemming met andere hulpverleners goed te regelen.

2.4 Zorgplannen nog onvoldoende ontwikkeld, geen actueel medicatieoverzicht in zorgplannen

Casemanagers beschikken over zorgplannen, maar deze zijn nog niet op het gewenste niveau. Uit de bezoeken bleek dat de doelen van de hulpverlening onvoldoende duidelijk geformuleerd zijn. Niet alle betrokken hulpverleners hebben

toegang tot het zorgplan. Slechts 38% van de netwerken beschikt over een geïntegreerd zorgplan en dossier voor iedere individuele patiënt. Het risico hiervan is onvoldoende overzicht en afstemming in de hulpverlening. Hierdoor kan vooral bij crisissituaties de continuïteit van de zorg in gevaar komen. De inspectie vindt dat dit percentage snel omhoog moet.

De inspectie vindt het zorgelijk dat zij bij de helft van de bezochte netwerken geen actueel medicatieoverzicht in het zorgplan heeft aangetroffen. Meerdere voorschrijvers hanteerden verschillende systemen die zij niet op elkaar afstemmen. Dit is risicovol voor de patiënt.

2.5 Aandacht voor draaglast en -kracht van mantelzorgers van groot belang

De zorg voor patiënten met dementie die thuis verblijven moet nauwkeurig zijn afgestemd op de draaglast en –kracht van de mantelzorger(s). Niet alle netwerken bepalen met enige regelmaat deze draaglast en –kracht. De inspectie vindt dit ongewenst.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen voor de netwerken

De inspectie vindt het noodzakelijk dat alle 85 netwerken voldoen aan de normen zoals beschreven in het toetsingskader. Alleen dan is verantwoorde en goed op elkaar afgestemde zorg mogelijk. In bijlage 2 staan de normen vermeld.

Om de gewenste kwaliteitsverbetering tot stand te brengen, legt de inspectie als maatregel op dat de netwerken ten minste tweejaarlijks een onafhankelijke audit (of een vergelijkbare activiteit) laten uitvoeren. De resultaten van deze audit moeten zij aantoonbaar gebruiken om de zorg te verbeteren. De inspectie vraagt daarbij in het bijzonder aandacht voor de in de conclusies gesignaleerde tekortkomingen.

3.2 Aanbevelingen

3.2.1 Aanbeveling voor het Landelijk Netwerk Dementie

De inspectie vindt duidelijkheid over de vereiste competenties, het deskundigheidsniveau van de casemanagers en de uit te voeren taken afgestemd op de verschillende fasen van het dementieproces noodzakelijk. De inspectie beveelt daarom aan dat het Landelijk Netwerk Dementie hierover dit jaar nog duidelijkheid verschaft en komt met een eenduidig advies over competenties, deskundigheidsniveau en taken.

3.2.2 Aanbeveling voor de zorgorganisaties betrokken bij Zorgstandaard Dementie

De inspectie beveelt de 24 organisaties die hebben meegewerkt aan de Zorgstandaard Dementie aan om op korte termijn het eindconcept te autoriseren. Volgens opgave van Alzheimer Nederland in februari 2013 hebben 19 organisaties de Zorgstandaard geautoriseerd. Het Kwaliteitsinstituut startte in 2012 met een pilot om de zorgstandaard dementie in 5-10 regionale netwerken te implementeren. Alzheimer Nederland en Vilans ondersteunen de ketens hierbij.

Tot slot raadt de inspectie de koepels aan om hun afspraken uit het 'Pact van Garderen'[15] te gebruiken bij de verankering van dementiezorg binnen een raamovereenkomst.

3.2.3 Aanbevelingen voor zorgverzekeraars en gemeenten

De inspectie roept de zorgverzekeraars en gemeenten op om op korte termijn lokaal én regionaal niveau afspraken te maken over de invulling van verantwoorde dementiezorg. De noodzaak daarvoor is groot omdat nu taken vanuit de AWBZ in de Wmo worden ondergebracht. De leidraad 'Samen werken aan zorg en ondersteuning'[16] van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is een hulpmiddel voor samenwerking tussen zorgverzekeraars (verantwoordelijk voor de AWBZ en Zvw) en gemeenten (verantwoordelijk voor Wmo en Wpg). De mini-toolkit 'Samen werken aan dementiezorg'[17] beschrijft hoe gemeenten en zorgkantoren samen netwerkzorg dementie kunnen ontwikkelen.

Alzheimer Nederland heeft de *'quickscan* dementie*'* ontwikkeld voor gemeenten. Verder is de Dementieproofmeter beschikbaar.[18-19] Gemeenten kunnen hier gebruik van maken om hun dementiebeleid te evalueren en zo nodig aan te passen. Dit is met name nodig in de gemeenten waar nog geen netwerk voor dementiezorg is.

3.2.4 Aanbevelingen voor VWS

In de strategische agenda 'van systemen naar mensen' geeft VWS aan het Deltaplan Dementie verder uit te willen werken met het veld. De inspectie beveelt VWS aan het beleid op het onderdeel netwerkzorg dementie volgens de ingezette koers voort te zetten. Daarbij is vooral duidelijkheid nodig over de financiering van geïntegreerde dementiezorg en de positionering van casemanagement. Het faciliteren van een landelijke structuur die informatie verzamelt en inzicht biedt in de doorontwikkeling van netwerken kan hierbij dienstbaar zijn.

De inspectie beveelt VWS ook aan de totstandkoming van een raamovereenkomst of convenant tussen de betrokken landelijke zorgorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars (bijvoorbeeld LHV, LVG, V&VN, Actiz, Verenzo, VNG en ZN) over casemanagement dementie te bevorderen. Een dergelijk convenant kan onderdeel zijn van de afspraken die VWS maakt met partijen over de zorg dicht bij huis.

3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie stelt het toetsingskader bij en stelt dit ter hand aan de netwerken zodat zij de audits kunnen uitvoeren. De inspectie toetst in de tweede helft van 2014 of de netwerken de gevraagde acties hebben uitgevoerd en gaat na of dit tot verbeteringen heeft geleid. Hierbij zal de inspectie in het bijzonder letten op de organisatie van het netwerk, de vroegsignalering, het casemanagement, de zorgplannen en de ondersteuning van de mantelzorgers. Wanneer blijkt dat de netwerken geen audits (of een vergelijkbare activiteiten) uitvoeren of op basis daarvan onvoldoende verbeteringen vertonen, zal de inspectie zo nodig ter handhaving treffen [20]. De inspectie is zich daarbij bewust van de afhankelijkheid van de netwerken van externe factoren, zoals: financiering, (ontwikkeling van) wetgeving en ontwikkelingen bij de netwerkpartners zelf. Dit weegt zij daarom mee in haar handhavingsstrategie.

4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het onderzoek naar geïntegreerde zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. De inspectie heeft gekeken naar vier onderdelen voor geïntegreerde zorg: organisatie, vroegsignalering, case-management en zorgplannen.

De inspectie heeft een digitale vragenlijst verstuurd en 12 netwerken bezocht. Tijdens de bezoeken sprak de inspectie met verschillende partners uit zorg, welzijn en wonen en mantelzorgers. Daarnaast stelden de netwerken beleidsdocumenten, zorgplannen en zorgdossiers beschikbaar die de inspectie heeft ingezien.

Alle 85 netwerken die de inspectie benaderde voor deelname aan het onderzoek hebben de vragenlijst ingevuld. De respons is daarmee 100%.

De figuren in dit hoofdstuk geven de resultaten van de digitale vragenlijst weer. Tijdens de bezoeken ging de inspectie dieper in op de onderwerpen uit het toetsingskader. De resultaten van de bezoeken zijn in de tekst verwerkt. Hier en daar geven citaten uitspraken weer die tijdens de bezoeken zijn gedaan.

4.1 Samenwerking in netwerken vertoonde hiaten

4.1.1 Meeste netwerken opgestart tussen 2008-2010

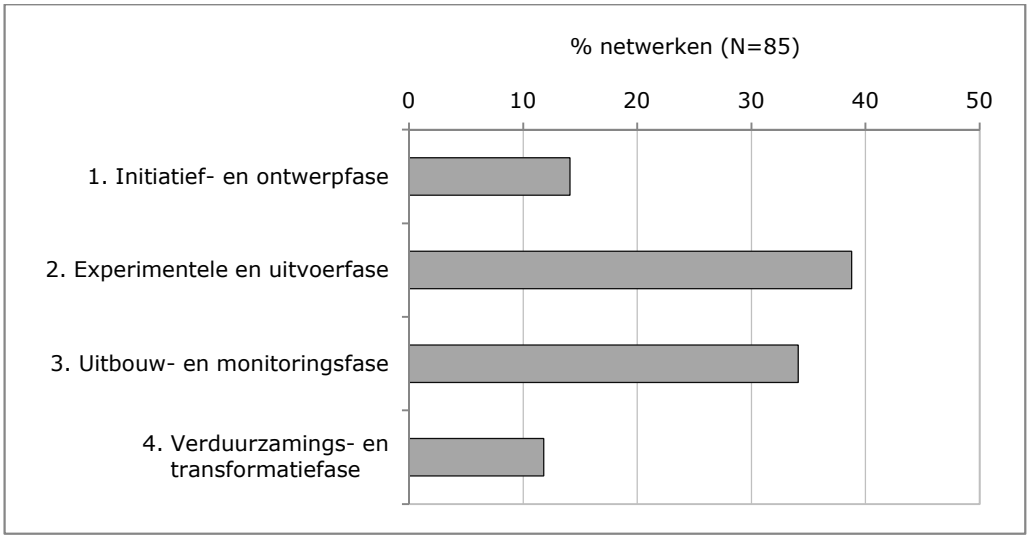
Uit de vragenlijst bleek dat de netwerken opgericht zijn tussen 1995 en 2012 (tabel 1). De meerderheid van de netwerken startte tussen 2008 en 2010 (57,6%). Voor de bezochte netwerken bleek dat dit voornamelijk met behulp van het Programma Ketenzorg Dementie gebeurde (2008-2011). Sommige bezochte netwerken maakten in de periode 2004-2008 gebruik van aanvullende ondersteuning en/of financiering uit het Landelijk Dementie Programma of de prestatie ketenzorg dementie.

Tabel 1
Jaar oprichting netwerken

Jaar van oprichting	Aantal netwerken	%
1995 - 2004	7	8,2
2006	5	5,9
2007	6	7,1
2008	13	15,3
2009	25	29,4
2010	11	12,9
2011	8	9,4
2012	10	11,8

4.1.2 *Meeste netwerken in experimentele of uitbouwfase*

In het toetsingskader (bijlage 2) worden verschillende ontwikkelingsfasen beschreven waarin een netwerk zich kan bevinden. Uit de vragenlijst bleek dat de meeste netwerken, 73%, zich bevonden in fase 2 (experimentele en uitvoerfase) of 3 (uitbouw- en monitoringsfase) (figuur 1). Een klein aantal netwerken, 11,8%, schatte in dat zij zich in fase 4 (verduurzamings- en transformatiefase) bevonden.



Figuur 1: Verdeling netwerken over de vier fasen

Op basis van de bezoeken schatte de inspectie in dat alle netwerken waren verdeeld over de experimentele en uitvoerfase en uitbouw- en monitoringsfase. Geen enkel bezocht netwerk bevond zich in de verduurzamings- en transformatiefase. Drie van de bezochte netwerken gaven in de vragenlijst aan in de verduurzamings- en transformatiefase te zitten terwijl dat uit het bezoek niet bleek. Van de bezochte netwerken schatte de helft in dat zij in dezelfde of een lagere fase zaten dan de inspectie meende. De overige netwerken plaatsten zich in een hogere fase dan dat de inspectie inschatte.

Tijdens de gesprekken kwam naar voren dat een netwerk de verduurzamings- en transformatiefase waarschijnlijk niet kan bereiken door de voortdurende maatschappelijke veranderingen in bijvoorbeeld wetgeving en financiering. Deze veranderingen vereisen dat een netwerk zich steeds aanpast. Hierbij gaven de gesprekspartners ook aan in onzekerheid te zitten over de voortgang van het netwerk omdat er voortdurend onduidelijkheid bestaat over de financiering. De zorgverzekeraars en –kantoren en de gemeente, de belangrijkste financiers, hebben de financiën van de netwerken niet structureel geregeld. Per jaar bekijken zij of voortzetting van de financiering mogelijk is. Sommige zorgverzekeraars, zoals VGZ, pakken dit probleem op door naar goede afstemming te zoeken tussen de contractering van zorg voor kwetsbare ouderen in de wijk en de dementiezorg op regionaal niveau. Het ingewikkelde wettelijke kader en wijzigingen in wet- en regelgeving (zoals de voorgenomen overgang van taken van de AWBZ naar de Wmo) brengen verder met zich mee dat netwerkpartners zich steeds herbezinnen op hun positie in het netwerk. Daardoor kunnen spanningen ontstaan in de samenwerking. Dit beperkt de stabiliteit binnen de netwerken.

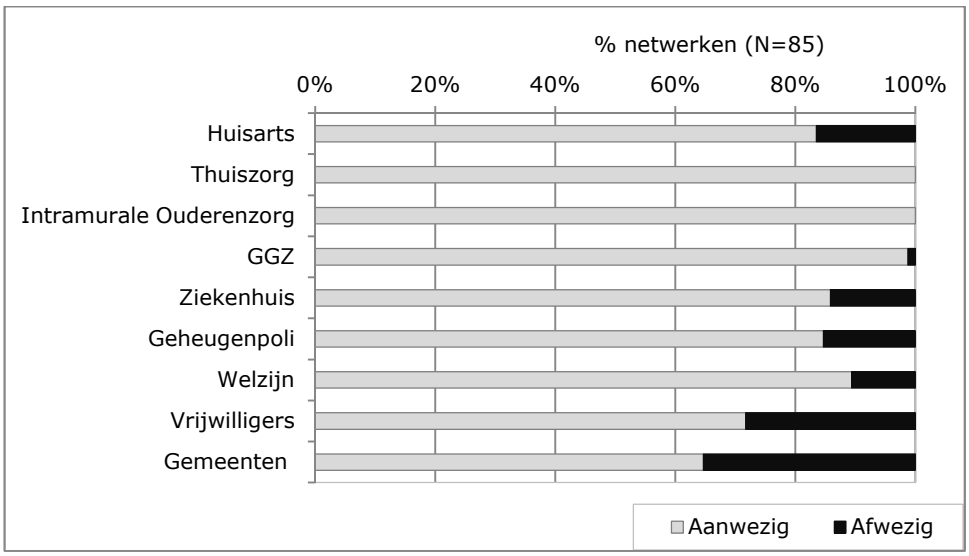
Uit de bezoeken bleek dat de meerderheid van de netwerken een intentieverklaring, convenant of samenwerkingsafspraken had. Verder kwam uit de bezoeken naar voren dat bijna geen enkel netwerk juridisch geborgd was. Het meest gebruikte

organisatiemodel dat de netwerken hanteerden, was een samenwerkingsverband met een stuurgroep, een projectgroep of kerngroep en werkgroepen.

'We zijn concurrenten, maar we willen het beste voor de cliënt. Daarom werken we samen.'

4.1.3 *Meeste netwerken betrokken alle kernpartners*

Uit de vragenlijst bleek dat 33 netwerken (39%) alle kernpartners uit welzijn, wonen en zorg hadden aangesloten. De thuiszorg en GGZ waren in (bijna) 100% van de netwerken betrokken. De huisarts was bij 83,5% van de netwerken aangesloten. Het ziekenhuis en de geheugenpoli waren in respectievelijk 86% en 85% van de netwerken betrokken. In de meeste gevallen (89,4%) was welzijn ook onderdeel van het netwerk. 72% van de netwerken had vrijwilligers als partner betrokken. De gemeente was bij meer dan de helft (65%) van de netwerken aanwezig (zie figuur 2).



Figuur 2: Percentage netwerken dat huisarts, thuiszorg, intramurale ouderenzorg, GGZ, ziekenhuis, geheugenpoli, welzijn, vrijwilligers of gemeenten betrokken

De huisarts was in alle 12 bezochte netwerken vertegenwoordigd. In de helft van deze netwerken was de huisarts ook intensief betrokken. De netwerken gaven daarbij wel enkele knelpunten aan. Zo was in sommige netwerken de huisarts op bestuurlijk niveau vertegenwoordigd, maar dit was vaak op persoonlijke titel en niet met mandaat van de achterban. Daarnaast vermeldden de netwerken dat de huisarts inhoudelijk niet altijd voldoende betrokken was bij het netwerk. Hierdoor verliep in sommige netwerken bijvoorbeeld het contact tussen casemanager en huisarts moeizaam. De huisarts was altijd medisch eindverantwoordelijk binnen de netwerken.

De meeste bezochte netwerken betrokken maatschappelijke ondersteuning in het netwerk, maar niet alle partners binnen het netwerk hadden voldoende aandacht voor het belang hiervan. In sommige netwerken hadden de partners meer aandacht voor de zorg dan voor het welzijn. Dit bleek voornamelijk voor te komen bij netwerken die georganiseerd waren vanuit de tweedelijn en vaak curatief georiënteerde casemanagers hadden, bijvoorbeeld sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers).

Bij één netwerk was de organisatie voor maatschappelijke ondersteuning vanaf het begin op bestuurlijk niveau betrokken. Deze organisatie kon daardoor het netwerk op een positieve manier vanuit de niet-medische kant beïnvloeden. De goede inbedding van maatschappelijke ondersteuning heeft als voordeel dat de casemanager hier eerder gebruik van maakt en pas later zorg inzet.

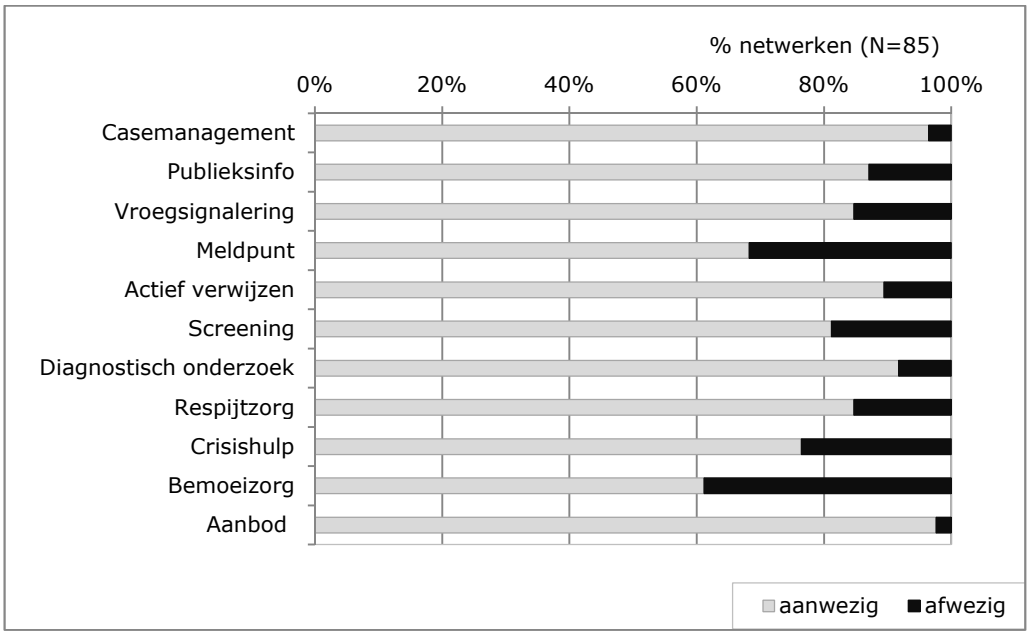
"Vergeet de dementie, onthoud de mens"

De bezochte netwerken gaven aan dat de gemeente zich doorgaans niet richt op bepaalde doelgroepen, maar een generiek beleid voert. Daarbij maakt de gemeente geen onderscheid in doelgroepen. Verschillende gesprekspartners gaven aan dat de gemeente zich nog onvoldoende de gevolgen realiseert van de toenemende populatie mensen met dementie. Verder kwam naar voren dat er weinig samenwerking was tussen de gemeente enerzijds en de zorgverzekeraar en het zorgkantoor anderzijds.

Tijdens de bezoeken benoemden alle netwerken de regioafdeling van Alzheimer Nederland als partner. Sommige netwerken hadden een mantelzorger als belangenbehartiger van Alzheimer Nederland of een Platform Mantelzorg. Hierdoor betrokken deze netwerken de mantelzorger ook op bestuurlijk niveau. De netwerken hadden dit niet in dezelfde mate gerealiseerd. In sommige netwerken maakte ook de gehandicaptenzorg deel uit van het netwerk.

4.1.4 Netwerken boden meerderheid diensten aan

Uit de vragenlijst en de bezoeken bleek dat de netwerken vrijwel alle noodzakelijke diensten aanboden op meldpunt, crisishulp en bemoeizorg na (<80%). Figuur 3 geeft het aanbod van de netwerken weer. Bijna alle netwerken (98%) boden minstens één dienst aan, namelijk casemanagement. Tijdens de bezoeken kwam naar voren dat de netwerken zich vaak eerst op de ontwikkeling van het casemanagement richtten. 68% van de netwerken had een meldpunt ter beschikking. De bezochte netwerken beschikten niet allemaal over een meldpunt, maar hadden wel de toegang tot de dementiezorg georganiseerd. Dit liep vaak via de huisarts. De gesprekspartners gaven aan dat het voor de patiënt en zijn omgeving altijd duidelijk is waar zij terecht kunnen. De gesprekken met de mantelzorgers bevestigden dit beeld. Of dit ook het geval is voor de zorgmijders (mensen die de netwerken niet in beeld hebben) is niet duidelijk. Daarnaast was het percentage netwerken dat bemoeizorg als dienst aanbood 61%. 92% van de netwerken bood diagnostisch onderzoek aan. Bijna 80% van de netwerken bood crisishulp aan. Uit de bezoeken bleek dat het netwerk crisishulp doorgaans niet zelf aanbood, maar dat zij dit georganiseerd hadden via de GGZ en/of de huisartsenpost.



Figuur 3: Percentage netwerken dat de diensten aanbood

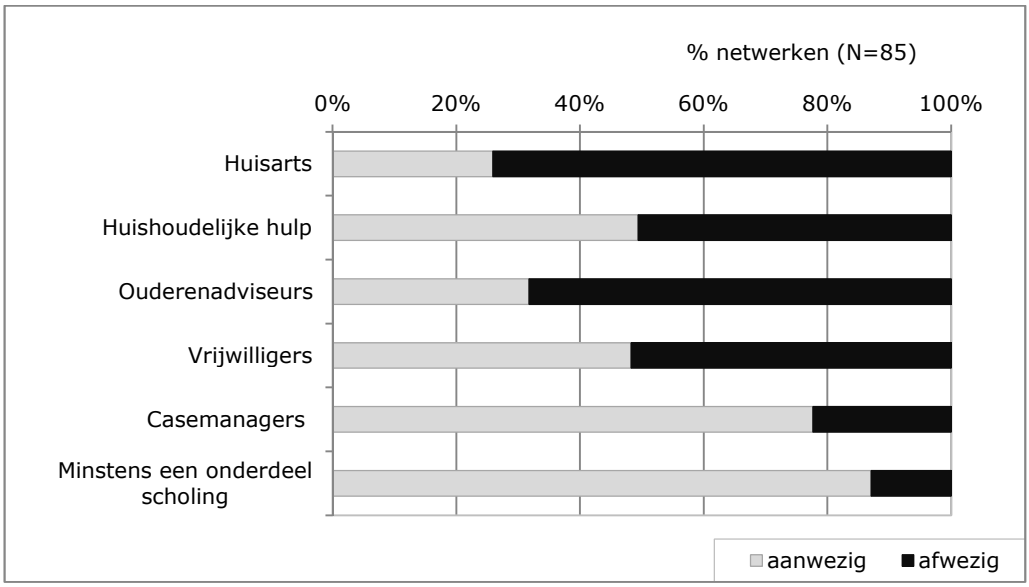
4.1.5 Huisarts verwijst snel door naar tweedelijn voor diagnostiek

Tijdens de bezoeken kwam een knelpunt aan de orde dat betrekking had op de diagnostiek. Diagnostiek vond vaak plaats in een klinische setting door een medisch specialist. Verschillende gesprekspartners gaven aan dat dit niet altijd volgens het principe van 'stepped care' gebeurt, tot extra belasting van het cliëntsysteem leidt en duurder is. Daarnaast gaven onder andere een specialist ouderengeneeskunde en sociaal geriater aan dat de huisarts hier een belangrijke rol in speelt. De huisarts verwijst volgens hen te snel door naar de tweede lijn terwijl deze is opgeleid om zelf de diagnose te stellen bij een traditioneel dementiebeeld. Eventueel kan een specialist ouderengeneeskunde ondersteuning bieden. Volgens hen zou de huisarts alleen naar de tweede lijn moeten doorverwijzen wanneer het een jonge patiënt of complexe casus betreft. Daarnaast gaven de netwerken aan dat zorgverleners in de eerstelijn de specialist ouderengeneeskunde te weinig benutten. Huisartsen gaven tijdens de bezoeken aan dat zij voor diagnostiek regelmatig direct doorverwijzen naar de tweedelijn omdat voor het afgeven van indicaties voor zorg een diagnose van een tweedelijns specialist noodzakelijk is. Ook gaven zij aan dat wanneer huisartsen de diagnose zelf stellen dit de relatie met de patiënt kan schaden.

De netwerken hadden soms de diagnostiek al in de eerstelijn georganiseerd. Soms bij patiënten thuis waarbij de specialist ouderengeneeskunde ondersteunde. Een aantal netwerken had een diagnostiekprotocol opgesteld waarin zij helder beschreven wie op welk moment de diagnostiek moet uitvoeren.

4.1.6 Veel netwerken leidden casemanager op, overige scholing vaak niet systematisch voor alle deelnemers aan het netwerk

Uit de vragenlijst bleek dat de verschillende partners onvoldoende scholing krijgen aangeboden (figuur 4). 78% van de netwerken schoolde de casemanagers structureel. Minder dan 50% van de netwerken bood de overige partners scholing aan. Een minderheid van de netwerken (13%) bood geen enkele scholing aan.



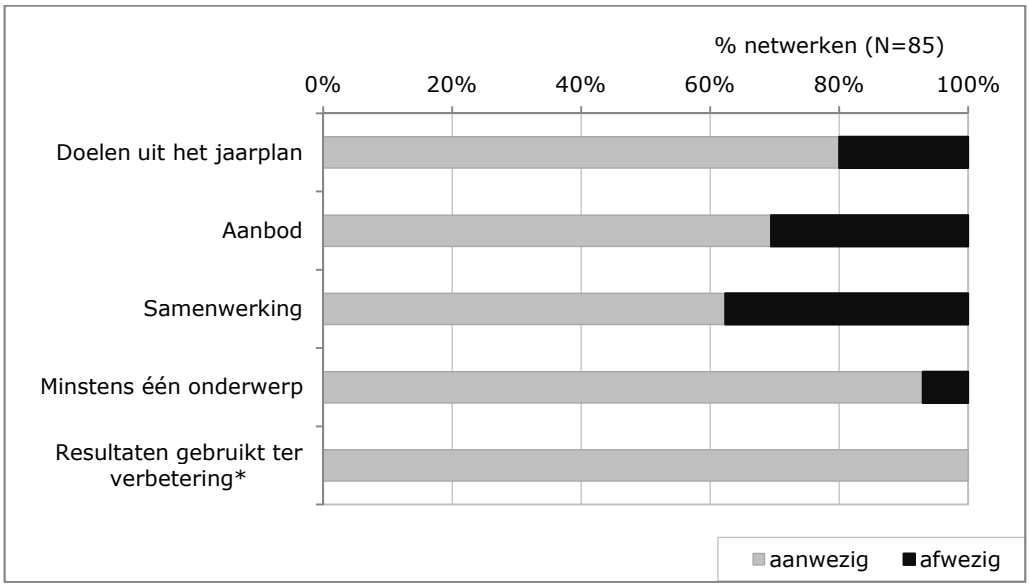
Figuur 4: Percentage netwerken dat zorgverleners schoolde

Ook uit de bezoeken bleek dat de netwerken voornamelijk voor de casemanager diverse vormen van scholing organiseerden. De meeste netwerken boden in samenwerking met een hogeschool een opleiding voor casemanagement aan. De bezochte netwerken vonden scholing van de betrokken zorgverleners een verantwoordelijkheid van de partnerorganisaties zelf. De netwerken hadden daar vaak geen afspraken of zeggenschap over. De scholing die de partners hun medewerkers aanboden, was wisselend in intensiteit en varieerde van inhoud. Scholing op het gebied van dementie was dus vaak niet structureel ingebed.

Een netwerk bood scholing aan voor vrijwilligers. Hierbij leidde het netwerk de vrijwilligers onder andere op in het signaleren van dementie. Met deze scholing had het netwerk een extra en laagdrempelige vorm van signalering. De partners binnen het netwerk, zoals de huisarts en de welzijnsorganisaties, gaven aan dat deze scholing bijzonder goed werkt.
Een ander netwerk had een thuiszorgpartner die het 'team dementie' jaarlijks scholing aanbood en dit ook evalueerde. Weer een ander netwerk bood aan alle gemeentes in de regio gratis scholing voor de Wmo-loketmedewerkers. Ook was er een netwerk dat de mantelzorgers een cursus 'Omgaan met Dementie' aanbood. Deze scholing biedt, naast de geboden psycho-educatie door casemanagers, een extra vorm van psycho-educatie.

4.1.7 Meerderheid netwerken evalueerde zorg

Volgens de antwoorden op de vragenlijst evalueerde 80% van de netwerken de doelen uit het jaarplan. 70% van de netwerken evalueerde hun aanbod en 62% de samenwerking tussen de partners. 7% van de netwerken gaf aan geen van de genoemde onderwerpen te evalueren. De 79 netwerken die of de doelen uit het jaarplan of het aanbod of de samenwerking evalueerden, (93%) gebruikten naar eigen zeggen de resultaten van de evaluatie ter verbetering (zie figuur 5).



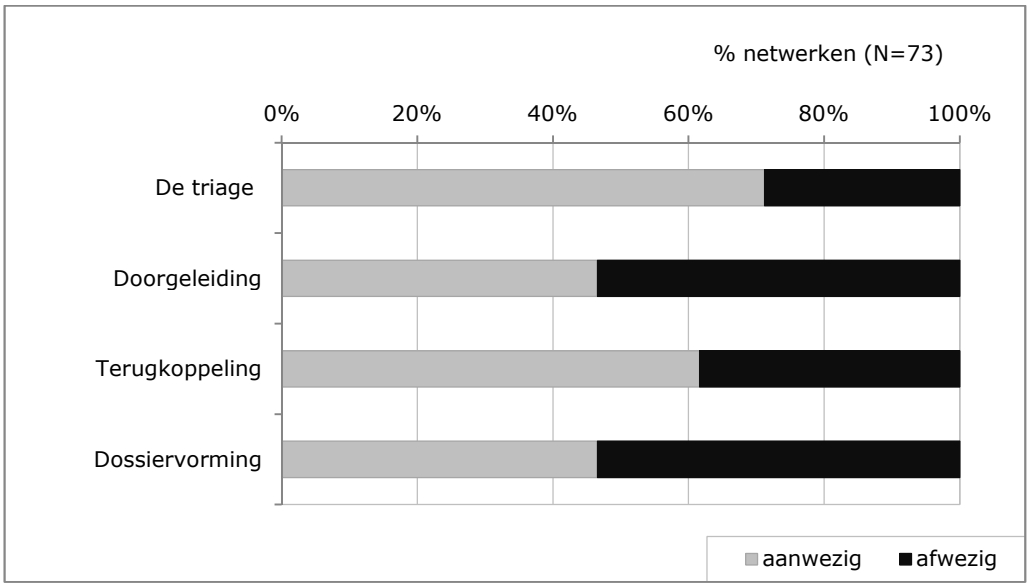
Figuur 5: Percentage netwerken dat doelen uit het jaarplan, het aanbod en de samenwerking evalueerde en deze resultaten gebruikte ter verbetering.
* *N=79;* netwerken die geen van de onderwerpen evalueerden, hoefden deze vraag niet te beantwoorden

Bijna alle bezochte netwerken evalueerden ook de drie genoemde onderwerpen. Twee netwerken waren zo recent gestart dat een jaarlijkse evaluatie nog niet mogelijk was. Een aantal verzekeraars eist dat netwerken een jaarplan hebben en de verschillende onderwerpen evalueren.

4.2 86% van de netwerken deed aan vroegsignalering

In de vragenlijst gaven 73 van de 85 netwerken (86%) aan een vorm van vroeg-signalering te hebben. De figuren 6 en 7 geven de gegevens van deze 73 netwerken weer. De overige netwerken die aangaven geen vroegsignalering aan te bieden, hoefden de vragen over dit onderwerp niet in te vullen.

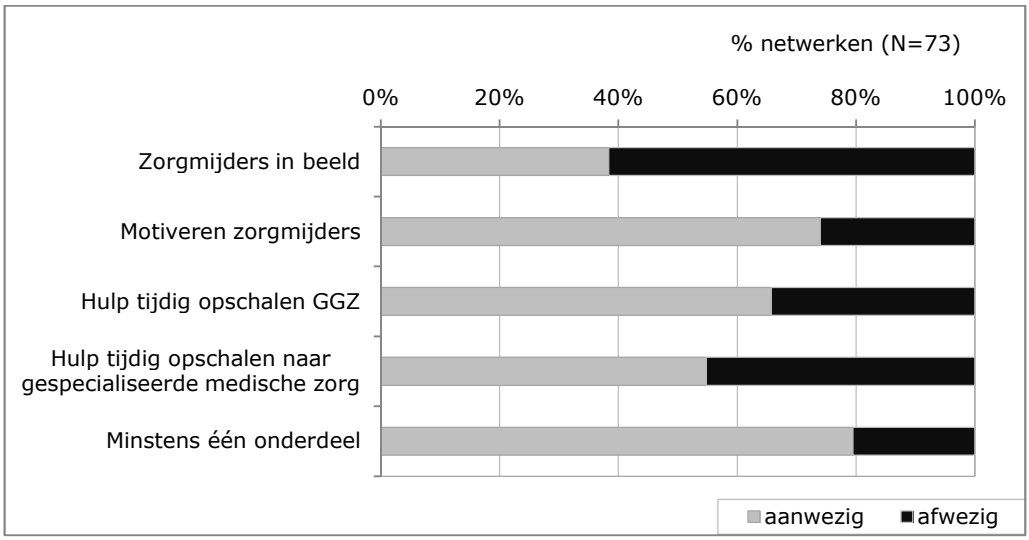
Volgens de resultaten van de vragenlijst had de meerderheid (>60%) van de netwerken de triage en terugkoppeling van het signaal geregeld. Doorgeleiding van het signaal en dossiervorming had 47% van de netwerken geregeld. 39% van de netwerken bood alle onderdelen van vroegsignalering aan.



Figuur 6: Procedure vroegsignalering: percentage netwerken dat triage, doorgeleiding, terugkoppeling en dossiervorming uitvoerde

Uit de bezoeken bleek dat de netwerken de reactie op signalen over het algemeen goed regelden. Tijdens de bezoeken bleek bij doorvragen dat de netwerken alle elementen van vroegsignalering doorgaans uitvoerden, maar niet schriftelijk vastlegden.

"Ik kwam een keer bij een vrouw waarvan de omgeving vermoedde dat zij dementie had. Mijn bezoek als casemanager was aangekondigd. Voor haar huis was een bruggetje dat zij kon bedienen en open stond. De vrouw was erg wantrouwend en wilde het bruggetje niet voor mij naar beneden doen. Ervan uitgaande dat de vrouw dit korte bezoekje zou vergeten, ben ik een rondje gaan rijden. Vervolgens heb ik haar gebeld als burger met de vraag of ik gebruik mocht maken van haar toilet. Ditmaal liet de vrouw het bruggetje wel naar beneden. Eenmaal binnen was het voor mij duidelijk dat deze vrouw ondersteuning nodig had. "



Figuur 7: Percentage netwerken dat bemoeizorg aanbood

Figuur 7 geeft weer dat bijna 40% van de netwerken de zorgmijders in beeld had. 74% van de netwerken besteedde aandacht aan het motiveren van zorgmijders. 66% van de netwerken kon de zorg opschalen naar de GGZ. Opschalen naar gespecialiseerde medische zorg was in 55% van de netwerken mogelijk. 21% van de netwerken deed niets aan bemoeizorg.

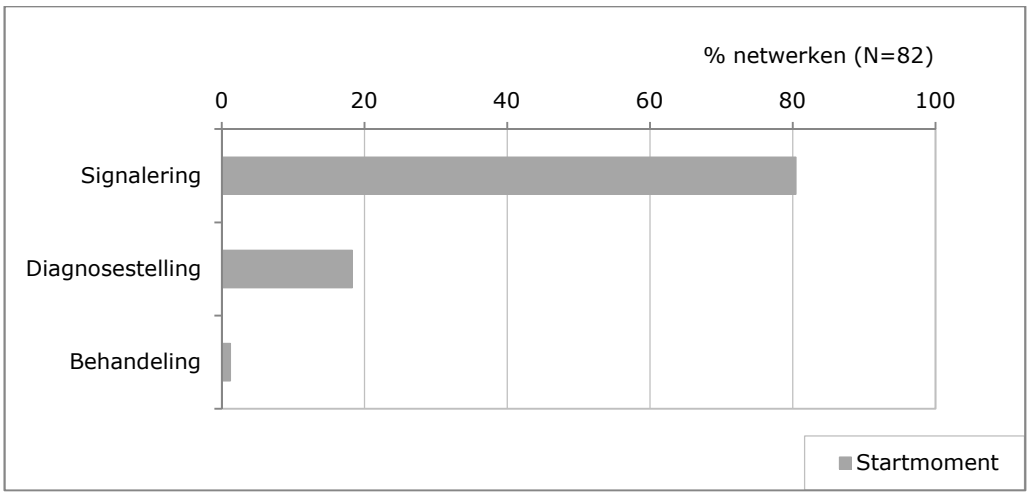
Tijdens de bezoeken kwam naar voren dat de meeste netwerken weten hoe groot de populatie is (cijfers TNO[21]) en ook de prognoses voor hun gebied kennen. Maar de kwetsbare mensen met dementie (alleenstaande ouderen, 75-plussers zonder sociaal netwerk en allochtonen) hebben zij niet concreet in beeld. De netwerken gaven aan onvoldoende capaciteit te hebben om mensen met dementie actief op te sporen. Daarom werkten de netwerken vooral reactief op basis van signalen. Verder gaven de bezochte netwerken aan dat wanneer een zorgmijder in beeld komt bij het netwerk, zij dan verschillende acties ondernemen om de patiënt te benaderen en te motiveren. Ook gaven casemanagers tijdens de bezoeken aan dat zij bij mensen/ burgers zien dat er nog steeds een taboe rust op de ziekte dementie; vaak vragen mensen geen hulp uit schaamte.

Uit de bezoeken bleek dat voor het opschalen naar gespecialiseerde GGZ of medische zorg niet altijd procedures aanwezig waren, maar dat het netwerk altijd terug kon vallen op de huisarts of GGZ.

4.3 Startmoment casemanagement vaak na diagnose, casemanagers onafhankelijk

In de vragenlijst gaven 82 van de 85 netwerken aan casemanagement aan te bieden. Figuur 8 geeft de gegevens van deze 82 netwerken weer. De overige netwerken die aangaven geen casemanagement aan te bieden, hoefden de vragen over dit onderwerp niet in te vullen.

80% van de netwerken gaf in de vragenlijst aan casemanagement aan te bieden vanaf signalering. 19% deed dit vanaf de diagnose en 1% vanaf de behandeling. Zowel in de vragenlijst als tijdens de bezoeken gaven de netwerken aan dat de casemanager altijd het eerste aanspreekpunt is voor de patiënten en de partners binnen het netwerk. In de vragenlijst gaven 71% van de netwerken aan dat het voor zorgverleners buiten het netwerk duidelijk was dat de casemanager het eerste aanspreekpunt is.



Figuur 8: Percentage netwerken dat casemanagement startte vanaf signalering, diagnosestelling of behandeling

Uit de bezoeken bleek dat 11 van de 12 netwerken het beleid voerden om vanaf het niet-pluisgevoel/signalering casemanagement in te zetten. De netwerken gaven aan het belangrijk te vinden betrokken te zijn vanaf de signalering. Dit kan een enkel gesprek zijn om vervolgens de huisarts of de praktijkondersteuner huisarts (POH'er) of wijkverpleegkundige het casemanagement te laten uitvoeren. Wanneer zij pas later in het proces betrokken raken, kunnen zij minder voor de patiënt en mantelzorger betekenen. Ook kwam naar voren dat bij vroegtijdige betrokkenheid crisissituaties voorkomen kunnen worden. Ten slotte gaf één netwerk aan dat het belangrijk is de patiënt te leren kennen op het moment dat deze nog relatief 'gezond' is. Later in het dementieproces kan men dan de zorg beter afstemmen specifiek op de persoon, wanneer de patiënt niet meer in staat is dat zelf goed aan te geven.

De mantelzorger is doorgaans zeer tevreden over de casemanager. Zij kunnen ook met kleine dingen bij hen terecht. Het feit dat iemand ook voor hen en niet alleen voor de cliënt beschikbaar is, stelde hen al gerust.

Hoewel de netwerken aangaven het hierboven genoemde beleid na te streven, konden zij dit in de praktijk niet altijd realiseren door gebrek aan financiering en/of capaciteit. Op welk moment de netwerken casemanagement inzetten, was afhankelijk van het moment dat casemanagement gefinancierd werd of wanneer de casemanager ruimte had in zijn/haar *caseload.* Meestal hadden zij pas structurele financiering beschikbaar nadat de diagnose was gesteld en een indicatie hadden voor het bieden van zorg. Hier hadden netwerken vaak geen duidelijke afspraken over gemaakt. Daarnaast hadden zij wachtlijsten voor de inzet van casemanagers.

4.3.1 *Casemanagers zetten altijd onafhankelijk zorg in*

Uit de vragenlijst bleek dat casemanagers in bijna 94% van de netwerken zelfstandig zorg konden inzetten binnen het netwerk en in 70% van de netwerken buiten het netwerk. Indien er knelpunten ontstonden, kon de casemanager altijd vervangende zorg bieden.

Van de bezochte netwerken konden de casemanagers van negen netwerken zelf de zorg inzetten of doorzetten. Voor inhoudelijke zaken konden zij terecht bij verschillende andere zorgverleners zoals de huisarts en sociaal geriater. Bij

organisatorische problemen konden zij terecht bij de ketenregisseur of de leidinggevende van hun eigen organisatie.

4.3.2 Verschillende vormen functie casemanager bezochte netwerken

Uit de bezoeken bleek dat casemanagers hun functie binnen de netwerken vanuit verschillende achtergronden uitvoeren. De SPV'ers, wijkverpleegkundige, verpleegkundige, verzorgende, maatschappelijk werker en de POH'ers gaven invulling aan de functie casemanager. Door deze verschillen in achtergrond konden zij elkaar onderling binnen het netwerk ondersteunen en aanvullen.

Bij de bezochte netwerken kwam naar voren dat overlap van taken tussen POH'ers, wijkverpleegkundigen, ouderenadviseurs, SPV'ers enerzijds en casemanagers anderzijds soms een knelpunt is. Het is dan voor de verschillende betrokkenen in het veld niet altijd duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. In bezochte netwerken waarbij POH'ers, wijkverpleegkundigen, ouderenadviseurs, SPV'ers naast deze functies ook de functie van casemanager vervulden, bleek het voor deze functionarissen moeilijk de beschikbare tijd voor beide functies goed af te bakenen. Hierbij kon dan een conflict van plichten ontstaan.

De casemanagers gaven tijdens de bezoeken aan een coördinerende en begeleidende rol te hebben. In de praktijk bleek dat na aanmelding van een patiënt de casemanager soms kortdurend intensief betrokken is bij het cliëntsysteem om de situatie in kaart te brengen. Daarna volgt er vaak een relatief stabiele periode in het dementieproces waarbij de casemanager op de achtergrond treedt en een consulterende of begeleidende rol heeft naast de huisarts, de POH'er en/of de wijkverpleegkundige. In die fase coördineert vooral de huisarts, de POH'er en/of de wijkverpleegkundige. Later in het dementieproces is meer inzet van zorg en ondersteuning nodig en voert de casemanager opnieuw de coördinerende en begeleidende activiteiten uit. Sommige casemanagers gaven aan ook diagnostiek en behandelingen uit te voeren. Dat betrof met name de casemanagers met een meer gespecialiseerde achtergrond zoals de SPV'er.

4.3.3 Casemanagers bezochte netwerken niet ingebed in multidisciplinaire teams

Tijdens de bezoeken gaven veel casemanagers aan behoefte te hebben aan een overleg waarin zij met andere disciplines over hun patiënten kunnen overleggen. De meeste netwerken hadden dit nog niet structureel gerealiseerd, maar tijdens de bezoeken kwamen een paar goede voorbeelden naar voren. Een aantal netwerken had hiervoor al structuren/teams opgezet. Sommige netwerken hadden expertiseteams (bijvoorbeeld Diagnose en Expertise Centrum-teams, DEC-teams). Deze teams waren multidisciplinair en bestonden vaak uit vaste leden, zoals een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater, een psycholoog en een casemanager. In de teams bespraken zij patiëntproblematiek en wisselden informatie uit. Sommige netwerken hadden ook multidisciplinaire overleggen (MDO's). Hieraan nam ook de huisarts deel. Met de inrichting van deze MDO's hielden de netwerken rekening met de beperkt beschikbare tijd van de huisartsen.

4.4 Netwerken hadden nauwelijks geïntegreerd zorgplan, medicatiebeleid vaak niet onderling afgestemd

In de vragenlijst gaven 32 van de 85 netwerken (38%) aan een geïntegreerd zorgplan te hebben. Figuur 9 geeft gegevens van deze 32 netwerken weer. Zorgplannen die niet voor elke zorgverlener toegankelijk zijn, beschouwt de inspectie als niet geïntegreerde zorgplannen. De overige netwerken die aangaven geen geïntegreerd zorgplan te hebben, hoefden de vragen over dit onderwerp niet in te vullen.

4.4.1 *Meerdere dossiers per patiënt en zorgplan casemanager niet voor alle betrokkenen in te zien*

38% van de netwerken gaf in de vragenlijst aan dat zij over een geïntegreerd zorgplan beschikten. Al deze netwerken namen in het zorgplan een probleemanalyse over de leefgebieden op. 62,5% van deze netwerken stelde het zorgplan op in overleg met de patiënt en de (wettelijk) vertegenwoordiger

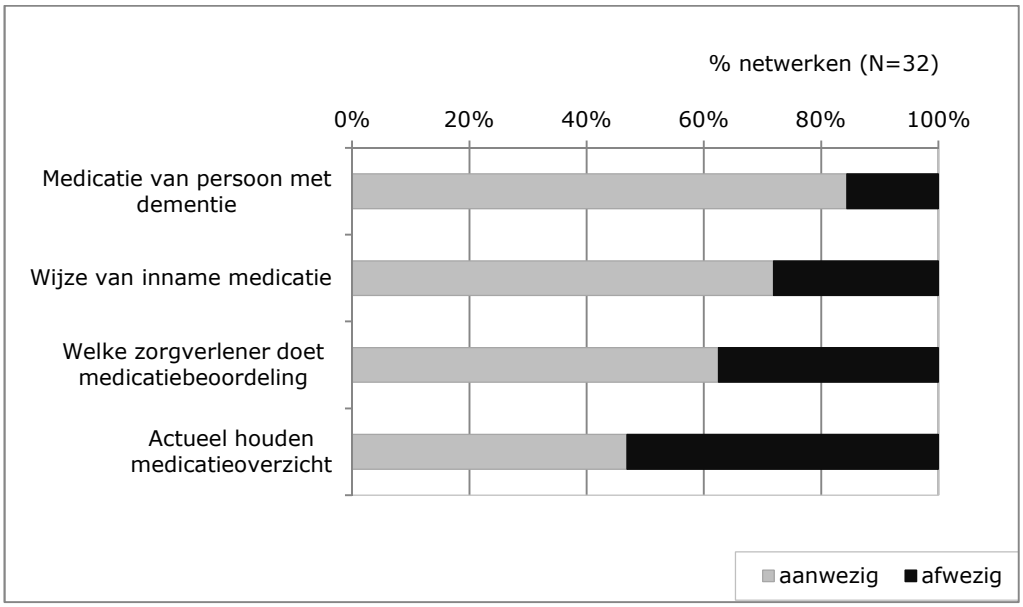
De 12 bezochte netwerken hadden geen geïntegreerd zorgplan. De partners hanteerden verschillende systemen, deels geautomatiseerd, deels op papier, die vaak niet op elkaar aansluiten. De casemanager had altijd wel een zorgplan, maar dit was niet voor elke zorgverlener toegankelijk en daarom beschouwde de inspectie dit niet als 'geïntegreerd'. Vijf van de bezochte netwerken gaven in de vragenlijst aan wel over een geïntegreerd zorgplan te beschikken. De zorgplannen bevatten bij de bezochte netwerken de wensen, probleemanalyse met alle leefgebieden, doelen, draaglast en -kracht van de mantelzorgers en afspraken met de betrokkenen. De gesprekspartners gaven tijdens de 12 bezoeken aan het zorgplan altijd in overleg met de patiënt op te stellen, vaak mondeling.

Tijdens de bezoeken bleek dat, bij waarneming voor de casemanager of bijvoorbeeld bij crisis, het voor de betrokken hulpverleners niet mogelijk is het zorgplan in te zien.

Sommige netwerken hadden communicatie- en registratiesystemen waarin de verschillende zorgverleners kunnen samenwerken en de zorgplannen op elkaar afstemmen. De inspectie trof (commerciële) systemen aan zoals GINO casemanagement dementie[22], het Zorg en WelzijnsInformatiePortaal (ZWIP)[23] en HuisartsenInformatieSystemen (HIS'en) die voor deze toepassing geschikt gemaakt werden.

4.4.2 *In de helft van de netwerken geen actueel overzicht medicatie*

Uit de vragenlijst bleek dat de meerderheid (84%) van de netwerken (27 netwerken) de medicatie in het (geïntegreerde) zorgplan opnam (figuur 9). 72% van de netwerken hield de wijze waarop de patiënt de medicatie moet innemen bij in het zorgplan. Welke zorgverlener de medicatiebeoordeling doet en het actueel houden van het medicatieoverzicht was bij respectievelijk 63% en 47% van de netwerken in orde. Uit de bezoeken bleek dat het actueel houden van het medicatieoverzicht en het beoordelen van de medicatie in de meeste gevallen niet goed verliep wanneer meer dan één voorschrijver in het zorgplan werkte en/of meerdere apotheken de medicatie verstrekten.



Figuur 9: Percentage netwerken dat het medicatiebeleid in het zorgplan opnam

4.5 Meerderheid netwerken onderzocht draaglast en -kracht mantelzorgers; mantelzorgers zeer tevreden over het casemanagement

Een mantelzorger vertelde dat haar moeder was gediagnosticeerd met dementie door de geriater in het ziekenhuis. Vervolgens stond zij buiten met deze kennis en wist zij niet hoe het nu verder moest gaan. Later werd door tussenkomst van de huisarts een casemanager ingezet, waardoor haar zorgen over waar zij heen moest met haar vragen en problemen weggenomen werden. Daarnaast gaf zij aan dat de casemanager haar hielp om vooruit te denken. Bijvoorbeeld over een passende plek waar haar moeder als dat echt nodig was opgenomen zou kunnen worden.

Uit de vragenlijst bleek dat 63% van de netwerken de draagkracht van de mantelzorgers onderzocht bij diagnosestelling. Daarnaast onderzocht 62% van de netwerken dit minstens twee keer per jaar. Voor de draaglast van de mantelzorgers was dit respectievelijk 63% en 64% van de netwerken. 14% van de netwerken onderzocht op geen enkel moment de draagkracht en bij 12% van de netwerken gold dit voor de draaglast

Uit de gesprekken met casemanagers bleek dat zij de draaglast en –kracht van de mantelzorgers goed in de gaten hielden. Dit deden zij meestal door middel van observaties en gesprekken, eventueel met ondersteuning van een instrument zoals de EDIZ-lijst (Ervaren Druk door Informele Zorg). Tijdens de bezoeken kwam naar voren dat het belangrijk is te waken voor overbelasting van de mantelzorger. De gesprekspartners gaven aan dat dit voortdurend aandacht nodig heeft. Als de mantelzorger wegvalt, heeft de patiënt vaak per direct intensievere zorg nodig. Deze zorg kan meestal niet meer in de thuissituatie geboden worden.

Een mantelzorger gaf aan het jammer te vinden dat zij al een aantal keer niet naar een begrafenis kon gaan omdat zij bij haar man moest blijven. Zij durfde dit niet aan te geven binnen het netwerk omdat zij "al zo veel hulp kreeg". Zij zou graag zien dat er wat vaker iemand bij haar man kon zijn, bijvoorbeeld op een vaste dag zodat zij op dat moment afspraken kan plannen.

Tijdens de bezoeken kwam naar voren dat mantelzorgers doorgaans zeer tevreden zijn over het casemanagement. Zij vonden de praktische steun die de casemanagers bieden prettig. De casemanagers kenden de sociale kaart en wisten wie zij in bepaalde situaties moeten benaderen voor hulp. Voor mantelzorgers scheelt dit veel zoek- en regelwerk. Daarnaast waardeerden zij ook de emotionele steun. Psycho-educatie biedt hen handvatten over hoe om te gaan met de ziekte dementie. Ook kunnen zij altijd met vragen of problemen bij hun casemanager terecht. Dat stelt hen gerust.

Volgens een mantelzorger is het belangrijk elke cliënt als individu te zien. Haar man is jong dementerend en heeft andere behoeftes dan oudere mensen met dementie. Om te voorkomen dat cliënten zoals haar man (te) passief worden is het belangrijk om hen te blijven prikkelen. Daarbij moet men uitgaan van de specifieke mogelijkheden en wensen specifiek gericht op de cliënt. Jonge mensen met dementie kunnen bijvoorbeeld qua fysieke inspanning meer aan dan oudere mensen met dementie.

Casemanagers en ketenregisseurs gaven tijdens de bezoeken een knelpunt aan over het casemanagement na het overlijden of opname van een patiënt. Het case-management dat zich vooral richt op de mantelzorger valt dan soms abrupt of na enkele gesprekken weg. Hierdoor loopt de mantelzorger kans om zelf zorgvrager te worden. Als knelpunt noemen gesprekspartners hierbij de financiering: de financiering van extramuraal casemanagement stopt bij opname van de patiënt.

Volgens een mantelzorger zijn er drie momenten waarop je afscheid moet nemen van je partner (of ander naast familielid). De eerste keer is bij de diagnosestelling, de tweede keer bij opname en als laatst bij het overlijden. Van deze drie momenten is opname het zwaarste afscheid. Wat het voor de mantel-zorger nog moeilijker maakt, is dat bij de meeste netwerken het casemanage-ment direct stopt na opname of overlijden. Een risico hierbij is dat de zorg-verlener (mantelzorger), zorgvrager wordt.

De 'Tuppercare methode' is een project dat ontstaan is op basis van boven-staand probleem. Na opname of overlijden van de cliënt wordt er een bezoek gebracht aan de mantelzorger. Onder begeleiding van een ouderenadviseur spreekt een aantal genodigden over bestaande problemen bij de mantelzorger. Onderwerpen die aan bod komen, zijn onder andere de financiële situatie en de sociale omgeving, die vaak beperkt is geworden door de intensieve zorg van de cliënt. Op deze manier helpt men het leven van de mantelzorger weer op de rails te krijgen.

5 Beschouwing

De inspectie is blij dat in bijna het hele land regionale netwerken voor dementiezorg zijn en hoopt op consolidering. Inmiddels bestaan er meerdere ordeningsprincipes voor (chronische) aandoeningen naast elkaar. De netwerken voor dementie zijn van belang voor een goede regionale afstemming. Tegelijkertijd zijn er ook zorgnetwerken op lokaal en wijkniveau, onder andere voor chronisch zieken en kwetsbare ouderen. Het is nodig dat deze regionale en lokale netwerken goed op elkaar aansluiten om overlap te voorkomen. Uitgangspunt is dat netwerken de zorg dicht bij huis organiseren rondom de patiënt en zijn mantelzorger.

Uit de bezoeken blijkt dat de (bestuurlijke) inbedding van huisartsen in de netwerken beperkt is. Dit inspectie vindt dit zorgelijk. Huisartsen dienen deel uit te maken van de netwerken voor dementie, aangezien zij een sleutelrol hebben. De betrokkenheid van huisartsen is een voorwaarde om de zorg voor dementie in regionale netwerken en wijkgerichte zorg met elkaar te verbinden en te versterken.

Meer dan 90% van de netwerken biedt diagnostisch onderzoek aan. De inspectie heeft tijdens haar bezoeken goede voorbeelden gezien van netwerken die een diagnostiekprotocol hanteren. Meerdere bezochte netwerken hebben echter onvoldoende afspraken gemaakt over de screening en diagnostiek van patiënten. De huisarts verwijst dan snel door naar de tweedelijn, terwijl de huisarts de diagnosiek volgens de NHG-standaard meestal zelf kan uitvoeren. De inspectie acht het gewenst dat de huisarts de diagnostiek doet bij minder complexe casus en alleen doorverwijst naar de tweedelijn voor complexe casus. Goede scholing van de huisarts is hiervoor een voorwaarde. Een specialist ouderengeneeskunde kan de huisarts hierbij ondersteunen.

Het is belangrijk dat de inzet van casemanagement aansluit op de fasen van het ziekteproces en meebeweegt met het (soms grillige) verloop van de ziekte. De inspectie vindt het een risico dat casemanagement niet op het juiste moment wordt ingezet. Dit kan te laat, maar ook te vroeg zijn. Bij te late inzet blijft diagnostiek ongewenst lang uit en worden problemen soms zo groot dat (crisis-)opname onvermijdelijk is. Andere risico's zijn dat de huisarts onevenredig belast wordt en/of te laat specialistische zorg wordt ingeschakeld. Een risico van te vroege inzet is dat zelfregie van patiënt en mantelzorger onvoldoende wordt gestimuleerd. De inspectie vindt het dan ook noodzakelijk dat de netwerken voorzien in een goede overdracht tussen de verschillende fasen. Verschillende richtlijnen van beroepsgroepen [9-10,24 - 25] kunnen hierbij ondersteuning bieden.

De inspectie heeft bij haar bezoeken goede voorbeelden gezien van mantelzorgers die actief participeren binnen de netwerken. Soms was dit op individuele basis en soms georganiseerd via een Platform Mantelzorg of Alzheimer Nederland. Vertegenwoordiging van mantelzorgers op bestuurlijk en/of projectgroepniveau in de netwerken draagt bij aan betere afstemming van de zorg en het beter inspelen op de behoeften van patiënten én mantelzorgers. In enkele netwerken werd actief gebruik gemaakt van de mening van mensen met dementie over netwerkzorg. Zeker in de eerste fasen van dementie kunnen deze mensen nog goed aangeven wat zij willen. De inspectie juicht dit toe.

De inspectie vindt het noodzakelijk dat veldpartijen handelen volgens de normen over overdracht van medicatiegegevens in de keten. Afspraken over medicatiebeleid moeten geborgd zijn in het zorgplan van de casemanager.
Het is in het belang van zowel de samenleving als van thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers dat de netwerken de normen naleven. Door het toezicht op de naleving van de normen wil de inspectie eraan bijdragen, dat voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers minder risico's zijn op gezondheidsschade, zij met gerichte zorg en ondersteuning een betere kwaliteit van leven hebben, langer zelfstandig blijven en langer actief participeren in de samenleving.

6 Summary

The process of creating regional networks to provide care to dementia patients in their own homes has begun well. However, there remain some issues which increase the level of risk to both patients and their informal carers. The Health Care Inspectorate is particularly concerned about the potential neglect of patients who do not have their own social network, and about undue pressure on informal carers. The Inspectorate also notes potential shortcomings with regard to planning, medication safety and the longer-term continuity of the networks.

The number of people with dementia is expected to increase from the current 250,000 to over 500,000 by 2050. The level of care required by a patient will rise as his or her condition progresses, as will the degree of support required by informal carers. To enable patients to remain in their own homes for as long as possible, cooperation between welfare, care and housing services is essential.

Based on its standard assessment framework, the Inspectorate examined the quality of domiciliary care provided by the 85 existing networks for patients with dementia, whereby attention was also devoted to the support available to their informal carers. The study reveals significant differences between the networks in terms of the way in which care and support are organized. In the Inspectorate's view, more effective agreements between the network partners must be introduced in a number of areas. Local authorities and health care insurers have an important role to play.

The Inspectorate identifies the following points for attention:

- *Networks are generally well structured but not yet fully robust*
  The Inspectorate is satisfied with the development of the networks thus far. However, the future of those networks remains uncertain due to the lack of a legislative basis and failure to establish any clear responsibility for either funding or overall management. Continuity is therefore at risk. In this context, attention must also be devoted to the development of appropriate expertise.
- *Insufficient opportunities to identify patients requiring care*
  Some people with dementia do not have a social network: there is no one to bring their condition and care requirements to the attention of the networks. The Inspectorate is concerned that not enough is being done to identify such patients in a proactive manner.
- *Case management is operational but requires further development*
  As the patient's condition progresses, several different care providers can be called upon to assume the role of case manager. The Inspectorate considers this to be undesirable as it gives rise to uncertainty with regard to who is expected to do what, when and how. Clear responsibilities must be established.
- *Patient care plans are not yet fully developed; many lack a current schedule of medications*
  Although the networks are using patient care plans, not all care providers in the chain have access to the information they contain. The Inspectorate considers this to be an undesirable situation. In particular, failure to maintain an up-to-date schedule of prescription medication creates an unacceptable level of patient risk.

The Inspectorate considers it essential for all networks to comply with the requirements of the assessment framework. Accordingly, the networks have been instructed to rectify the shortcomings noted.

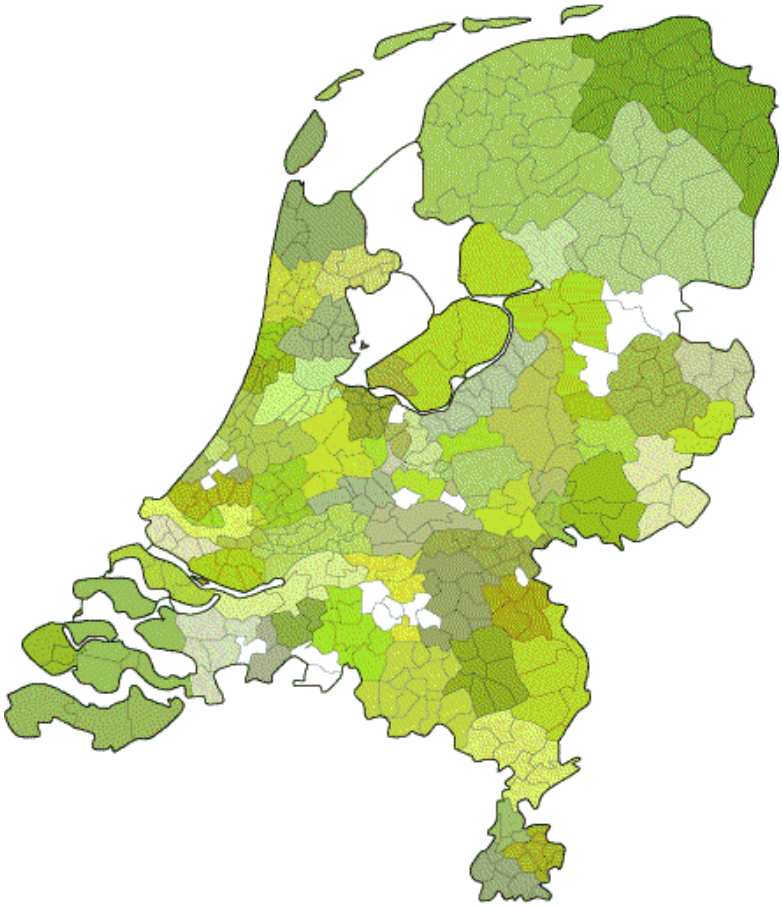
Attention must also be devoted to the role of informal carers, who should be involved more closely in the networks. Informal carers must be given full support to ensure that they are not subject to undue pressure which would pose a risk to their own health and wellbeing.

The Inspectorate has requested the networks to undertake or commission an independent quality audit based on the standard assessment framework, and to do so at least every two years.

During the second half of 2014, the Inspectorate will ascertain whether the networks have conducted the requested audits and will assess the resultant improvement plans. If any shortcomings remain, the Inspectorate will proceed to impose coercive measures.

Bijlage 1 Landelijke dekking netwerken dementie

Bijna in alle gemeenten netwerken dementie.[b]



Nog geen dekking:
- *Overijssel:* Hardenberg, Ommen, Raalte
- *Limburg:* Mook & Middelaar
- *Noord-Brabant:* Baarle-Nassau, Alphen-Chaam, Rucphen, Heusden, Vught, Haaren, St. Michelsgestel, Schijndel
- *Utrecht:* Eemnes, Wijk bij Duurstede, Rhenen
- *Zuid-Holland:* Leidschendam-Voorburg, Rijswijk

b http://www.vilans.nl/?id=18422. Geraadpleegd 16 november 2012.

Bijlage 2 Toetsingskader

1 Algemeen

Dit is het toetsingskader dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg hanteert voor het thematoezicht 'Netwerkzorg voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers'.

1.1 Ontwikkelingsfase[26]
1. De ontwikkelingsfase waarin het netwerk zich in bevindt : — Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase: De ketensamenwerking is gestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of een project en legt men de samenwerking eventueel vast in een samenwerkings- of intentie-verklaring. — Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase: Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamen-werking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis en kunde worden uitgewisseld. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt. — Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase: De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholings-programma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie. — Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen.

1.2 Partners[27]
2. Het netwerk bestaat ten minste uit: — huisartsen of eerstelijns gezondheidscentra — aanbieder(s) van thuiszorg — aanbieder(s) van intramurale ouderenzorg — aanbieder(s) van geestelijke gezondheidszorg — ziekenhuis/ziekenhuizen — geheugenpoli — welzijnsorganisatie(s) voor maatschappelijke ondersteuning van ouderen — vrijwilligersorganisaties
Risico: – Gefragmenteerde, ongecoördineerde, ineffectieve en inefficiënte zorg

1.3 Aanbod[28-29]
3. Het netwerk biedt ten minste aan: – casemanagement – algemene publieksinformatie – signalering – meldpunt – actief verwijzen – screening – diagnostisch onderzoek – respijtzorg voor mantelzorgers – crisishulp – bemoeizorg
Risico: – De hulpvragen van de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten worden in onvoldoende mate beantwoord

1.4 Scholing[30-31-32]
4. Het netwerk heeft specifieke en structurele scholing op het gebied van zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun naasten geregeld voor de volgende zorgverleners: – huisartsen – huishoudelijke hulpen – ouderenadviseurs – vrijwilligers – casemanager
Risico's: – Fouten in de zorgverlening – Inadequate bejegening van thuiswonende dementerende mensen en hun naasten

1.5 Evaluatie van de samenwerking[33-34-35]
Het netwerk: 5. evalueert jaarlijks de samenwerkingsafspraken, waaronder ten minste: – de doelen uit het jaarplan van het netwerk op het gebied van zorg aan thuiswonende mensen met dementie en hun naasten – het aanbod dat het netwerk in het kader van de samenwerkingsafspraken heeft gerealiseerd in relatie tot de vraag in de regio – de wijze waarop de samenwerking tussen de partners het afgelopen jaar is verlopen

6. gebruikt de resultaten van de evaluatie voor verbetering

Risico:
- Stagnatie of achteruitgang van de kwaliteit van de samenwerking en van de zorg en ondersteuning

2 Inhoud en organisatie van vroegsignalering, casemanagement en geïntegreerd zorgplan

2.1 Vroegsignalering [8,11,36-37-38-39-40-41-42-43]

7. Het netwerk heeft geregeld:
   - de triage van signalen
   - dossiervorming inzake signalen
   - het doorgeleiden van signalen
   - het terugkoppelen van de ondernomen acties naar de persoon die heeft gesignaleerd
8. dat het de mantelzorgers ondersteuning aanbiedt vanaf het moment dat de signalen zijn afgegeven.
9. dat het periodiek (minimaal eenmaal per twee jaar) onderzoekt wat de draaglast en de draagkracht van de mantelzorgers is
10. de omgang met zorgmijders door:
    - in beeld te brengen wie de zorgmijders zijn
    - het leggen van contacten met de zorgmijders
    - het motiveren van de zorgmijders tot het accepteren van hulp
    - het opschalen naar gespecialiseerde GGZ-zorg bij een stoornis in de geestesvermogens en gevaar voor zichzelf en/of de omgeving
    - het opschalen naar gespecialiseerde medische voorzieningen bij levensbedreigende somatische problematiek

Risico's:
- Als er geen tijdige signalering van problemen is en daarop aansluitend niet tijdig diagnostiek plaatsvindt, lijden de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten onnodig. Tijdige signalering en daarop aansluitend diagnostiek zijn van belang om passende dementiezorg te kunnen aanbieden. In het geval van overbelasting van de mantelzorger loopt het cliëntsysteem vast.

2.2 Casemanagement [31,38-,44-45-46-47-48]

Het netwerk heeft geregeld:
11. dat een casemanager het eerste contact- en aanspreekpunt is voor:
    - het cliëntsysteem
    - de andere zorgverleners binnen de regionale zorg- en ondersteuningsstructuur (die naast care ook welzijn en cure omvat)
12. de bereikbaarheid **en** beschikbaarheid van het casemanagement (of vervangende dienst) gedurende 24 uur

Voor zowel:
- het cliëntsysteem als
- de andere zorgverleners

13. dat de casemanager:
    - over actuele kennis van dementie- en mantelzorgproblematiek beschikt
    - goed op de hoogte is van de sociale kaart
14. dat het casemanagement zorg rondom het cliëntsysteem coördineert en organiseert vanaf het moment van het niet- pluis gevoel tot de opname in een instelling of overlijden
15. dat het casemanagement onafhankelijk is in die zin dat waar daar behoefte aan of noodzaak voor is, de casemanager voor de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten binnen de vastgestelde kaders zorg en ondersteuning kan regelen buiten het samenwerkingsverband of de organisatie voor dementiezorg.
16. dat het casemanagement wanneer de zorg stagneert terecht kan bij een functionaris met de bevoegdheid om de samenwerking van professionele voorzieningen te coördineren en desgewenst af te dwingen (doorzettingsmacht)[47]

Risico's:
- Ontevredenheid over de dementiezorg bij de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten
- (Over)belaste of depressieve mantelzorgers
- Mantelzorgers lijden onder probleemgedrag van de mensen met dementie
- Onevenredige belasting van huisartsen bij ontbreken van ondersteuning door de casemanager
- Meer crisisopnamen
- Te vroege opname in instelling
- Inefficiënte inzet van middelen

2.3 Geïntegreerd zorgplan[,49-50-51-52-53-54-55]

Het netwerk heeft geregeld:

17. dat de doelen in het geïntegreerd zorgplan worden geformuleerd in nauw overleg en gebaseerd op de wensen, hulpvragen en mogelijkheden van de thuiswonende mensen met dementie en hun wettelijk vertegenwoordigers
18. dat in het geïntegreerd zorgplan een probleemanalyse is opgenomen op de leefgebieden
    - woon- en leefomstandigheden
    - participatie
    - lichamelijk welbevinden
    - mentaal welbevinden
    - en dat daarbij de draaglast en draagkracht van de mantelzorger in kaart wordt gebracht
19. dat in het geïntegreerd zorgplan is vastgelegd:
    - welke medicatie de persoon met dementie gebruikt
    - op welke wijze de inname van de medicatie plaatsvindt
    - welke zorgverlener de medicatiebeoordeling doet
    - wie het medicatieoverzicht actueel houdt
20. dat in het geïntegreerd zorgplan is vastgelegd dat per doel wordt aangegeven:
    - hoe het in de afgesproken periode is gegaan en of dat doel is bereikt (rapportage)
    - met welke frequentie en onder welke omstandigheden het casemanagement de zorg en ondersteuning in samenspraak met de thuiswonende mensen met dementie en hun wettelijk vertegenwoordiger evalueert en actualiseert
21. dat in het geïntegreerd zorgplan vastgelegd is op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners.
22. dat in het geïntegreerd zorgplan is vastgelegd is op welke wijze informatie uitwisseling plaatsvindt tussen meerdere zorgverleners betrokken bij deze persoon.
23. dat per zorgverlener is afgesproken of hij/zij het zorgplan mag inzien, dan wel bijwerken

Risico's:
- Inefficiënte, ineffectieve zorg en ondersteuning
- Onduidelijkheid over de rol van de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (hier: de vertegenwoordiger) en over de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van meerdere zorgverleners
- Onwenselijke gevolgen van onduidelijkheid over medicatiegebruik
- Niet respecteren van de privacy van de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (hier: de vertegenwoordiger)
- Onduidelijkheid bij de thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (hier: de vertegenwoordiger) over afstemming en informatie uitwisseling tussen meerdere zorgverleners

Bijlage 3 Bezochte netwerken

De inspectie heeft de volgende 12 netwerken bezocht en selecteerde deze netwerken samen met Vilans op basis van hun benchmark in 2012.

- Netwerk Dementie Plus Noordwest Veluwe te Ermelo
- Hulp bij Dementie Noord-Limburg te Venlo
- Hulp bij Dementie Westelijke Mijnstreek te Sittard
- Ketenzorg Dementie Zeeuws-Vlaanderen te Terneuzen
- Zorgketen Dementie Amsterdam Zuid te Amsterdam
- Welzijns- en Zorgnetwerk Nijmegen te Nijmegen
- Stichting Dementie Drenthe te Assen
- Ketenzorg Dementie West Utrecht te Harmelen
- Keten Dementie De Liemers te Duiven
- Zorgketen dementie Eindhoven en omstreken te Eindhoven
- Platform dementie Noord-Holland Noord te Heerhugowaard
- TinZ Netwerk Dementie Friesland te Leeuwarden

Bijlage 4 Gesprekspartners tijdens de bezoeken

Functie/organisatie	**Aantal**	**Functies**
Bestuurlijk verantwoordelijke	16	Bestuurders, voorzitters stuurgroepen, leden stuurgroepen
Netwerkcoördinator	12	Ketenregisseurs, coördinatoren, projectleiders
Casemanager	34	Casemanagers, zorgtrajectbegeleiders, zorgbegeleiders, trajectbegeleiders
Huisartsenzorg	13	12 huisartsen, 1 praktijkondersteuner somatiek
Thuiszorg	17	Bestuurders, directeuren, managers, medewerkers
Welzijn	17	Bestuurder/directeur, coördinator, ouderenadviseurs, medewerker
Ouderenzorg	7	Directeuren, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, medewerkers
GGZ	8	Sociaal geriaters, specialist ouderengeneeskunde, manager
Ziekenhuis	1	Klinisch geriater
Gemeente	6	Wethouder, ambtenaren, Wmo-consulent
Zorgverzekeraar/zorgkantoor	3	Zorginkopers
Mantelzorger	32	Inclusief vertegenwoordigers van Alzheimer Nederland, tevens mantelzorger
Totaal	166	

In de tabel is aangegeven in welk kader de inspectie mensen gesproken heeft.
Ook heeft de inspectie per netwerk 1-3 zorgplannen ingezien.
Tenslotte heeft de inspectie per organisatie 5-15 documenten ingezien.

Bijlage 5 Afkortingen en begrippen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
DEC	Diagnose en Expertise Centrum
EDIZ	Ervaren Druk door Informele Zorg
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GINO	Geïntegreerd Informatie Netwerk Ouderenzorg
HIS	HuisartsenInformatieSystemen
ITJ	Integraal Toezicht Jeugdzaken
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijn
MDO	Multidisciplinair Overleg
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
POH	Praktijkondersteuner Huisartsen
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZWIP	Zorg- en WelzijnsInformatiePortaal

Bemoeizorg:[c]
Ambulante zorg voor mensen in psychische of sociale nood die hulp nodig hebben maar dat zelf niet willen, kunnen of durven vragen; vaak is er sprake van meerdere problemen zoals psychiatrische problemen, ernstige zelfverwaarlozing en vervuiling, drugs- of alcoholverslaving, overlast, dakloosheid, schulden en/of dreigende huisuitzetting; de cliënten worden actief opgespoord door de hulpverleners en worden aangespoord om hulp te accepteren.

Casemanagement/zorgcoördinatie:[d]
Het regelen en afstemmen van gelijktijdige of opeenvolgende zorg-, hulp- en/of dienstverlening rondom een cliënt of patiënt met alle betrokken zorg-, hulp- en dienstverleners

Casemanagement:[56]
Het LDP definieert casemanagement als volgt: 'het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional die onderdeel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband, gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het hele traject van 'niet pluis' of de diagnose tot aan opname of overlijden'.

c http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/bemoeizorg.htm. Geraadpleegd 12 december 2012.
d http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/casemanagement.htm. Geraadpleegd 12 december 2012.

Casemanager:
Andere benamingen bij de netwerken zijn zorgbegeleider, dementieconsulent, zorgtrajectbegeleider, trajectbegeleider.

Cliëntsysteem:
Dit bestaat uit de thuiswonende mensen met dementie en mantelzorgers.

Geïntegreerde dementiezorg:
De zorg die geboden wordt door samenwerkende partijen op het gebied van gezondheidszorg (cure en care), welzijn en wonen, in samenspraak met en aan thuiswonende dementerende mensen en hun naasten, rekening houdend met hun wensen, voorkeuren, behoeften, beperkingen en mogelijkheden, voor de leef gebieden lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, woon- en leefomstandigheden, participatie, met aandacht voor de draaglast, de draagkracht en de ondersteuning van de mantelzorgers.

ITJ toezichtkader:[57]
Items:
1 Doelconvergentie;
2 Gedeelde probleemanalyse;
3 Ketenregie;
4 Informatiecoördinatie;
5 Bereik van de keten;
6 Continuïteit in de keten;
7 Oplossingsgerichtheid;
8 Systematische evaluatie en verbetering.

Leefgebieden:[54]
- Woon/leefomstandigheden - Voor zorg thuis: woon-/leefomgeving: de cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het zelfstandig wonen in de eigen woonomgeving met een goede bereikbaarheid van zorg en voldoende aandacht voor levenssfeer, privacy en veiligheid.
- Participatie - Voor zorg thuis: sociale redzaamheid: de cliënt mag rekenen op bevordering van zijn sociale redzaamheid door ondersteuning bij de invulling van zijn sociale activiteiten door bijv. vrijwilligers activiteiten en dagbesteding.
- Mentaal welbevinden/Autonomie - Voor zorg thuis: geestelijk welzijn: de cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het geestelijk welzijn door respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling en het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie.
- Lichamelijk welbevinden/Gezondheid - Voor zorg thuis: lichamelijke gezondheid: de cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en –bevordering en een schoon en naar wens verzorgd lichaam, waarbij steeds goed wordt ingespeeld op veranderingen in de lichamelijke gezondheid.

Mensen met dementie:
De meeste mensen met dementie zijn 65 jaar of ouder. De netwerken bieden ook zorg aan mensen met dementie die jonger zijn dan 65 jaar, de jong-dementerenden.

Netwerk[58]*:*
Samenwerkingsverbanden en organisaties die dementiezorg bieden aan thuis-wonende demente ouderen en hun naasten.

Netwerkzorg:
De geïntegreerde zorg en ondersteuning die netwerken bieden op het gebied van wonen en welzijn en zorg bieden.

Respijtzorg:[e]
het tijdelijk overnemen van de totale zorg ter ontlasting van de mantelzorger door beroepskrachten of vrijwilligers in de vorm van thuisopvang, dagopvang, kort-durende opname enz.

SMART:[f]
Specifiek (is de doelstelling eenduidig?);
Meetbaar (onder welke -meetbare/observeerbare- voorwaarden of vorm is het doel bereikt?);
Aanvaardbaar (is deze acceptabel genoeg voor de doelgroep en/of management?);
Realistisch (is het doel haalbaar?);
Tijdgebonden (wanneer -in de tijd- moet het doel bereikt zijn?)

Stepped care:[g]
Volgorde in zorg: de eenvoudigste behandeling eerst en pas als die behandeling niet werkt, zwaardere en dus duurdere zorg inzetten

Triage:[h]
Dynamisch beslisproces waarmee de behoefte aan zorg en urgentie daarvan worden bepaald.

Zorgi:
Alle activiteiten die vallen onder gezondheidszorg.

e http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/respijtzorg.htm Geraadpleegd 26 maart 2013.
f http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/smart.htm Geraadpleegd 14 december 2012.
g http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/steppedcare.htm Geraadpleegd 13 december 2012.
h http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/triage.htm Geraadpleegd 14 december 2012.

Bijlage 6 Literatuurverwijzingen rapport en bijlagen

1 Alzheimer Nederland. Cijfers en feiten over dementie. Beschikbaar via: www.alzheimer-nederland.nl. Geraadpleegd 12 december 2012.
2 De Boer A, Broese van Groenou M, Timmermans J (Red). Mantelzorg: een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2009.
3 Peeters J, Van Beek S, Francke A. Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie. Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Utrecht: NIVEL-Alzheimer Nederland; 2007.
4 Peeters J, Francke A, Van Beek S, Meerveld J. Welke groepen mantelzorgers van mensen met dementie ervaren de meeste belasting? Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Utrecht: NIVEL-Alzheimer Nederland; 2007.
5 BELEIDSREGEL CA-356 Ketenzorg Dementie, Bijlage bij circulaire Care/AWBZ/09/9c (2009).
6 Vilans. Inventarisatie Ketennetwerken dementie. Beschikbaar via: http://www.vilans.nl/?id=18422. Geraadpleegd 1 december 2012.
7 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2012-2015. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II). Utrecht: december 2011.
8 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009.
9 De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie. Huisarts Wet 2003;46(13):754-67). Huisarts Wet 2012;55(7) 306-17.
10 Boomsma LJ, De Bont M, Engelsman C,Gussekloo J, Hartman C, Persoon A, Sprey M,Wind AW. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie. Huisarts Wet 2005;48(3):124-6.
11 Stollenga M, Handreiking bemoeizorg. Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen. Utrecht: september 2004.
12 Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis. Utrecht: IGZ; 2012.
13 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg. Utrecht: maart 2010.
14 Alzheimer Nederland. Prognose aantal mensen met dementie per gemeente 2010 - 2040. Beschikbaar via: www.alzheimer-nederland.nl. Geraadpleegd 3 december 2012.
15 Het Pact van Garderen: Actiz, KNGF, KNMP, KNOV, LVE, LHV, NMT en V&VN formuleren hun gemeenschappelijke ambitie. Eerstelijnsoverleg; 7-8 februari 2012; Garderen.
16 VNG en ZN. Samenwerken aan zorg en ondersteuning. Leidraad voor gemeenten en zorgkantoren. Versie 1. Den Haag: maart 2011.
17 VNG en ZN. Samenwerken aan dementiezorg. Mini-toolkit voor gemeenten en zorgkantoren. Versie 1. Den Haag: maart 2011.
18 Alzheimer Nederland. Quickscan dementiebeleid gemeenten. Beschikbaar via: http://www.alzheimer-nederland.nl/actueel/nieuws/2010/november/quickscan-dementiebeleid-gemeenten.aspx. Geraadpleegd 5 december 2012).

19 Monique van Irsel, Alzheimer Nederland, afdeling West-Brabant; Eric Dirkx, RIGOM; Martien van Gennep, Avans Hogeschool; Josée Verbaken, Alzheimer Nederland, afdeling Regio 's-Hertogenbosch; Serge Roufs, GGzE; Hilde Stoop, secretaris Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatrie. Werkgroep Ontwikkeling van de gemeentelijke Dementieproofmeter. Dementieproofmeter. Versie 2 november 2009. Tilburg; november 2009. Hist-C04035-3699e9.
20 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2012-2015. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II). Utrecht: december 2011, p. 56, Maatregelenpyramide.
21 Alzheimer Nederland. Informatie voor gemeenten. Beschikbaar via: http://www.alzheimer-nederland.nl/gemeenten. Geraadpleegd 3 december 2012.
22 Gino Casemanagement Dementie. Beschikbaar via: http://www.gino.nl/watwijdoen/netwerkorganisatieindezorg/casemanagementdementie. Geraadpleegd 1 december 2012.
23 Zorg- en WelzijnsInfoPortaal. Beschikbaar via: http://zwip.nl/. Geraadpleegd 1 december 2012.
24 Verenso. Handreiking Diagnostiek van Dementie. Beschikbaar via: http://www.verenso.nl/wat-doen-wij/vakinhoudelijke-producten/handreikingen/dementie/. Geraadpleegd 12 december 2012.
25 LWV. Landelijke Wijkverpleegkundige Standaard Dementie. Utrecht: oktober 2004.
26 Minkman, MMN. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care [dissertation]. Deventer: Kluwer; 2011.
27 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009. p. 67-82.
28 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009. p. 24, 67-82.
29 Achmea Kaderbrief dementie. Beschikbaar via: http://www.achmeazorgkantoor.nl/zorgaanbieders/Downloadlijst/Zorginkoopbeleid%202013/Kaderbrief_Dementie.pdf Geraadpleegd 9 september 2012. p. 2; Achmea AWBZ zorginkoopbeleid 2012 p. 47-48.
30 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie. Den Haag: Ministerie VWS; 2009. p. 30, 70, 71, 74, 75, 76, 83, 84, 86.
31 Vries de N, Spijker A, Vasse E, Jansen I, Koopmans R, Vernooij-Dassen M, Schoonhoven L, Ketenindicatoren voor dementie. IQ healthcare. Nijmegen: 2009. p.79-80.
32 Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis. Utrecht: IGZ; 2012. p. 24.
33 Achmea Kaderbrief dementie. Beschikbaar via: http://www.achmeazorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/zorginkoop2013/Pages/kaderbrief-dementie.aspx. Geraadpleegd 3 december 2013.

34 CZ Zorginkoopdocument 2012 Sector Verpleging & Verzorging. Publicatiedatum 1 juli 2011. p. 38-40 en 88-95. Beschikbaar via:http://www.czzorgkantoren.nl/zorginkoop/zorgaanbieder/inkoop-2012/publicatie-inkoopdocumenten/inkoopdocument-vv.pdf?s=czzorgkantoor_zorgaanbieder. Geraadpleegd 9 september 2012.
35 Vries de N, Spijker A, Vasse E, Jansen I, Koopmans R, Vernooij-Dassen M, Schoonhoven L, Ketenindicatoren voor dementie. IQ healthcare. Nijmegen: 2009. p.80.
36 Boomsma LJ, Boswijk DFR, Bras A, Kleemans AHM, Schols JMGA, Wind AW, Knuiman RBJ, Vriezen JA, Le Rütte PE, Labots-Vogelesang SM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraak Dementie. Huisarts Wet 2009:52(3):S1-S5.
37 Lange de E. Zorg voor veilig module Vroegsignalering van dementie. Verantwoord medicijngebruik en Zorg voor Veilig 2011.
38 Bussemaker J, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg voor mensen met dementie. Brief aan de voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal. DLZ/KZ-U-2583804. Den Haag: 2008.
39 GGD Nederland, GGZ Nederland en KNMG. Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg. November 2007, herziene versie. 1e druk maart 2007.
40 Peeters J (NIVEL), Werkman W (Alzheimer Nederland), Francke AL (NIVEL, EMGO+/VUmc). Dementiemonitor Mantelzorg. Problemen, zorgbehoeften, zorggebruik en oordelen van mantelzorgers. Utrecht: NIVEL-Alzheimer Nederland; 2012.
41 Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie (Tweede herziening) M21. Huisarts Wet 2003;46(13):754-67.
42 Vries de N, Spijker A, Vasse E, Jansen I, Koopmans R, Vernooij-Dassen M, Schoonhoven L, Ketenindicatoren voor dementie. IQ healthcare. Nijmegen: 2009. p.76, 80.
43 Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis. Utrecht: IGZ; 2012: p. 21.
44 Alzheimer Nederland. Standpunt Alzheimer Nederland Casemanagement. Beschikbaar via: http://www.alzheimer-nederland.nl/over-alzheimer-nederland/voor-de-pers.aspx. Geraadpleegd 10 augustus 2012.
45 Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) Netwerk casemanagers dementie. Uitgangspunten casemanagement bij dementie. 2012
46 Peeters JM (NIVEL), De Lange J (Trimbos-instituut en Hogeschool Rotterdam), Asch van I (Trimbos-instituut), Spreeuwenberg P (NIVEL), Veerbeek M (Trimbos-instituut), Pot AM (Trimbos-instituut en Vrije Universiteit Amsterdam), Francke AL (NIVEL en EMGO+/VUmc). Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. Utrecht: NIVEL-Trimbos Instituut; 2012.
47 Prinsen B. Coördinatie van zorg. Nodig voor de veiligheid van kinderen in multiprobleemgezinnen. Jeugdzorg actueel JA!, 2008 (najaar), 14:8-11. Citaat: 7 De bevoegdheid is geregeld om de samenwerking te coördineren en bij een stagnerende uitvoering van de hulp, indien nodig, knopen door te hakken en samenwerking af te dwingen. De bestuurlijke verantwoordelijkheid en de doorzettingsmacht daartoe liggen bij…'. p. 10.
48 Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en zorg thuis. Utrecht: IGZ; 2012: p. 23-24, p. 28.
49 Bureau HHM. Handreiking Zorgplan 3.0. Enschede: bureau HHM; 2011.
50 Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis. Utrecht: IGZ; 2012: p. 22.

51 ActiZ. Het model zorgleefplan voor Zorg Thuis. Beschikbaar via: http://www.btsg.nl/downloads/zorgleefplan/zorgleefplan_thuiszorg[1].pdf. Geraadpleegd 10 augustus 2012.
52 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG; 2012.
53 Vries de N, Spijker A, Vasse E, Jansen I, Koopmans R, Vernooij-Dassen M, Schoonhoven L, Ketenindicatoren voor dementie. IQ healthcare. Nijmegen: 2009. p. 77-79.
54 Actiz. Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan. Publicatienummer: 06.012. Utrecht: 2006.
55 ActiZ. Werken met het model Zorgleefplan Verantwoorde zorg. Visie en werkwijze in vogelvlucht. Publicatienummer: 08.006. Utrecht: 2008.
56 Kamerbrief 2007-2008 Zorg voor mensen met dementie. Kenmerk: DLZ/KZ-U-2853804. Den Haag: 17 juni 2008.
57 Toezichtkader ITJ. Beschikbaar via: http://www.jeugdinspecties.nl/onderwerpen/toezichtkader/. Geraadpleegd 12 december 2012.
58 Donkers E, Bras A, Dingenen E. van. Ketens met karakter. Drie basismodellen helpen bij opzet van zorgketens. Medisch Contact 2008, p. 822-824.